

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Adaptační proces z pohledu pracovníka v domově pro seniory se zvláštním režimem

**The adaptation proces from perspective of workers in helping professions in Home
for the ederly with special regime**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
PhDr. Monika Nová, Ph.D.

Autor:
Bc. Petra Kabrielová

Praha 2016

Poděkování

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Adaptační proces z pohledu pracovníků v domově pro seniory se zvláštním režimem“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30. 6. 2016

Bc. Petra Kabrielová

Anotace

Diplomová práce začíná teoretickou částí, která definuje stáří a jeho aspekty, přechází v kapitoly o změnách ve stáří k adaptačnímu procesu v Domově V Podzámčí. Zaměřuje se na seniory, kteří se dostávají do nové životní situace, a je třeba tuto situaci zvládnout. Jedna z kapitol se podrobněji věnuje změnám ve stáří, kterými lze navázat na adaptační proces v zařízení. Cílem navazující části, která je koncipována do dotazníkového šetření, je zjistit, jaká je spokojenost s adaptačním procesem a pozicí adaptační pracovnice z pohledu ostatních pracovníků, které pracují s individuálními plány. Zjišťování vzniká propojováním teoretické části, ve které jsou zaznamenány zkušenosti z praxe a částí, kde je provedeno dotazníkové šetření.

Annotation

Thesis begins with theoretical part which defines old age and its aspects. Fluently continues to chapter discussing changes in the old age in to adaptation process in The House V Podzámčí. The thesis focus on seniors whose got to new life situation which needs to be handled. One of the chapters is going closer to changes in the old age which can be connected to adaptation process in the facility. The goal of this connected part, which is conceived as a questionnaire, is to establish level of satisfaction with the adaptation process and position of adaptation worker from the view of the remaining workers whose are working with individual schedules. Research arises connecting theoretical part in which are recorded experiences from practices and part where is applied questionnaires results.

Klíčová slova

adaptační proces, adaptační pracovnice, individuální plánování, klíčová pracovnice

Keywords

Adaptation proces, adaptation worker, individual schedules, key worker

Obsah

| | |
|---|----|
| Obsah..... | 4 |
| Seznam zkratk..... | 6 |
| Úvod | 7 |
| 1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ | 8 |
| 1.1 Definice stáří..... | 8 |
| 1.1.1 Chápání vlastní role ve stáří | 9 |
| 1.2. Seniorská populace – demografický vývoj | 10 |
| 1.3 Gerontologie..... | 11 |
| 1.3.1 Geriatrie..... | 12 |
| 1.3.2 Gerontologie sociální..... | 13 |
| 1.4 Mýty o stáří a stárnutí | 13 |
| 2. ZMĚNY VE STÁŘÍ | 15 |
| 2.1 Sociální změny | 16 |
| 2.1.1 Ageismus | 16 |
| 2.1.2 Autonomie, důstojnost, soběstačnost..... | 17 |
| 2.1.3 Životní změny | 18 |
| 2.2 Biologické změny | 19 |
| 2.2.1 Demence..... | 20 |
| 2.2.2 Geriatrické syndromy | 21 |
| 2.3. Psychické změny..... | 22 |
| 2.3.1 Porucha paměti | 23 |
| 2.3.2 Poruchy chování | 24 |
| 3. ADAPTAČNÍ PROCES V DOMOVĚ V PODZÁMČÍ..... | 26 |
| 3.1 Domov V Podzámčí..... | 26 |
| 3. 1. 1 Kritéria pro přijetí nového klienta | 27 |
| 3. 1. 2 Nabídka služeb Domova V Podzámčí..... | 28 |
| 3.2 Adaptace v Domově V Podzámčí..... | 29 |
| 3. 2. 1 Adaptace seniora na umístění do Domova V Podzámčí | 30 |
| 3. 2. 2 Faktory ovlivňující adaptaci v Domově v Podzámčí..... | 32 |
| 3. 2. 3 Adaptační pracovníce | 33 |
| 3.3 Individuální plánování v Domově V Podzámčí..... | 36 |
| 3. 3. 1 Individuální plán v Domově V Podzámčí..... | 37 |
| 3. 3. 2 Klíčová pracovníce V Domově V Podzámčí | 40 |

| | |
|---|----|
| 3. 3. 3 Porady individuálních plánů | 41 |
| 4. ADAPTAČNÍ PROCES Z POHLEDU PRACOVNIC DOMOVA V PODZÁMČÍ | 43 |
| 4. 1 Cíl výzkumu a tvorba hlavní výzkumné otázky | 43 |
| 4.2 Formulace dílčích výzkumných otázek | 43 |
| 4.3 Operacionalizace | 45 |
| 4.4 Zvolení metody a technik | 46 |
| 4. 5 Výběr vzorku | 47 |
| 4. 6 Průběh šetření | 47 |
| 4. 7 Velikost vzorku | 47 |
| 4. 8 Základní statistické údaje | 48 |
| 4. 9 Způsob vyhodnocování odpovědí..... | 48 |
| 4. 10 Vyhodnocení jednotlivých dílčích výzkumných otázek | 48 |
| 4 10. 1 1DVO..... | 48 |
| 4. 10. 2 2DVO..... | 49 |
| 4. 10. 3 3DVO..... | 49 |
| 4. 10. 4 4DVO..... | 50 |
| 4. 10. 5 5DVO..... | 51 |
| 4. 10. 6 6DVO..... | 51 |
| 4. 10. 7 7DVO..... | 52 |
| 4. 10. 8 8DVO..... | 53 |
| 4. 10. 9 9DVO..... | 53 |
| 4. 10. 10 10DVO..... | 54 |
| 4. 10. 11 11DVO..... | 55 |
| 4. 10. 12 12DVO..... | 55 |
| 4. 10. 13 13DVO..... | 56 |
| 4. 10. 14 14DVO..... | 57 |
| 4. 10. 15 15DVO..... | 57 |
| Závěr..... | 59 |
| Seznam použité literatury | 60 |
| PŘÍLOHY | 65 |

Seznam zkratk

GS – geriatrické syndromy

AP – adaptační pracovnice

MMSE - Test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam)

Úvod

V současné společnosti je velká pozornost upínána k problematice stáří. Stárnutí populace je dle demografického vývoje v průměru starší oproti letům minulým. S touto změnou nastávají situace, kdy je potřeba se o tuto část populace postarat a zajistit jim co nejkvalitnější život až do smrti. Medicína dnešní doby je velmi vyspělá, ovšem ne všechny choroby dokáže účinně léčit. V seniorské populaci se jedná například o obávanou chorobu - Alzheimerova demence či jiný druh demence. V moderním pojetí péče o seniory se klade důraz na to, aby byla péče cílená na konkrétní nemoci a byla především individualizovaná. Dnešní společnost také připouští deinstitucionalizaci, avšak jsou zde ještě v naší zemi velké limity. Péče o člověka trpícího demencí je v domácím prostředí velmi náročná. Z toho důvodu využívají pečující rodiny služby terénních služeb či denních stacionářů. V případě, že je situace náročná, uchylují se rodiny k umístění seniora do zařízení, což je stále v některých případech vnímáno jako selhání rodiny a odložení nepotřebného člověka. Institucionální péče se rozvíjí a vyvíjí. S platností zákona 108/2006 Sb. a Standardy kvality se začalo více usilovat o to, aby se sjednotila péče o seniory a aby byla tato péče kvalitní.

Diplomová práce je cílena na problematiku adaptačního procesu u osob trpících některým z druhů demencí, kteří jsou umístěni do pobytového zařízení – konkrétně do domova se zvláštním režimem z pohledu personálu. Zařízení, které se věnují, této cílové skupině přibývá, avšak stále není dostatečná síť poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s demencí. Diplomová práce je dělena na dvě části, které spolu souvisí. V první části jsou popsány poznatky z dostupné odborné literatury a odborných zdrojů. Je zde ovšem promítána i praxe studentky, kterou získala při svém výkonu zaměstnání v domově se zvláštním režimem na pozici pečovatelky/adaptační pracovnice¹. Velká část prvního oddílu je věnována stáří, demografickým údajům a změnám, ke kterým ve stáří dochází. Dále je první část doplněna definicí Domova V Podzámčí, adaptačním procesem a adaptační pracovníci a individuálním plánováním. Cílem teoretické části je získat teoretické znalosti důležité pro adaptaci nového klienta v zařízení.

Druhá část práce je zaměřena na adaptační proces v Domově V Podzámčí a jeho význam, který se zjišťoval pomocí dotazníkového šetření. Následné vyhodnocení lze využít do praxe a pracovat na zlepšování procesu adaptace.

¹ Vzhledem k faktu, že v domově zastávají role klíčových a adaptačních pracovníků ženy, bude v celé práci uváděn v těchto případech ženský rod.

1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

*Druhého člověka můžeme nejlépe pochopit, když se snažíme do něho vcítit, když si co nejvíc představíme sami sebe v jeho situaci.*²

Seniory vidáme kolem sebe každý den. Seniory vidíme na ulici, v obchodě, u lékaře, v lese, ve škole, v zaměstnání. Část seniorů se snaží udržovat se v psychické, fyzické i duševní kondici. Snaží se o sebe postarat, neobtěžovat příliš okolí. Pokud je z různých důvodů péče o seniora potřebná, je třeba tuto péči zajistit. Péči lze zajistit za pomoci ambulantních služeb sociální a zdravotní péče nebo zajištěním rezidenční péče.

Abychom správně pochopili změny v biologické oblasti, změny v chování a prožívání a změny v oblasti sociální, je důležité znát charakteristiky stáří a stárnutí. Jde o charakteristiky, které mají vliv na člověka během jeho celého života a ve stáří jsou pro tuto část života specifické. „**Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno, a ztráta soběstačnosti není nezbytným, zákonitým důsledkem stárnutí.**“³

Stáří je pojem relevantní a každý člověk jej vnímá jinak. Stáří vymezujeme dle individuálních postojů, ovšem sebepojetí staršího člověka se pod tlakem okolností mění, někdy velmi zásadním způsobem.⁴ Sebpoejetí je velmi důležité, má velký význam pro přijetí poslední etapy života. Člověk ve stáří ztrácí mnohé role a kompetence, které byly nezpochybnitelnou součástí identity a nyní mohou zůstat zachovány v podobě vzpomínek.⁵ Vzpomínky jsou důležité, mají vliv nejen na psychický a zdravotní stav.

1.1 Definice stáří

Stárnutí je přirozený proces, který je součástí života. Jde o biologický proces, který začíná chvílí narození člověka a většinou postupně získává své obvyklé rysy a charakteristiky. Oficiální definice stáří a stárnutí neexistuje. „**Konkrétní problematika a hranice stáří jsou pojmy značně relevantní a měnlivé v závislosti na konkrétních společenských podmínkách.**“⁶ Kalvach se ve své knize zmiňuje o historii pojetí stáří, kdy v roce 1800 byl seniorským výměnkářem považován člověk ve věku čtyřiceti let, v roce 1900 „velebným kmetem“ byl padesátník a v roce 2000 je hranice vymezována nejčastěji věkem šedesáti až šedesátipěti let. Dle Kalvacha je předpoklad, že se bude v následujících desetiletích hranice zvyšovat a lze v tomto případě hovořit o „**prodlužování středního věku**“.⁷

² BUIJSSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: 2006, s. 71.

³ KALVACH, Z A KOL. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: 1997, s. 9

⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: 2007, s. 306

⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: 2007, s. 306

⁶ KALVACH, Z A KOL. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: 1997, s. 18

⁷ KALVACH, Z A KOL. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: 1997, s. 18

V současném pojetí lze vycházet z formulací, které jsou dostupné v odborné literatuře. Společným bodem pro definici stáří a stárnutí je věk. U většiny autorů se setkáme s věkovou hranicí 60 – 65 let. Marie Vágnerová dělí stáří na dvě etapy a to období raného stáří, které je bráno od 60 – 75 let člověka⁸ a na období pravého stáří, které je od 75 let.⁹ Ve velkém psychologickém slovníku definují Hartl a Hartlová stáří jako „*konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života; patnáctiletá periodizace dělí stáří na: 1. rané, od 60 do 74 let; 2. vlastní stáří, od 75 až do 89 let; a 3. dlouhověkost od 90 let a výše.*“¹⁰ Stáří tedy nelze vymezit například zákonným nárokem na starobní důchod.

1.1.1 Chápání vlastní role ve stáří

Starý člověk potřebuje reflektovat a vyhodnotit svůj život, pokud možno pozitivně. Pro dosažení integrity je třeba, aby člověk reflektoval svůj život jako celek.¹¹ Lze se setkat s různými názory na vlastní osobu u seniorů. Vliv na toto chápání má i sociální okolí, které se k seniorům chová různými způsoby a to se promítá do sebepojetí seniora. „*Stáří přináší nové zkušenosti, s nimiž se musí každý člověk nějakým způsobem vyrovnat, a záleží na jedinci, jak tento vývojový úkol zvládne.*“¹² Jedná se o zkušenosti získané během života z rodiny, ze zaměstnání či od přátel. Člověk se ve stáří stává režisérem svého vlastního času, který je změněný především v oblasti volného času. Senior má méně povinností, nechodí do zaměstnání, nestará se o děti a je třeba, aby tento volný čas vyplnil smysluplně, dle svého vlastního rozhodnutí. Senior si může dovolit realizovat dosud nenaplněné potřeby a přání, věnovat se tomu, co ho zajímá.¹³ Je třeba klást důraz na to, že je každý senior jiný a každý má jiné potřeby. Při fyziologickém stárnutí se nemění struktura osobnosti. Může docházet k drobným změnám vzhledem ke změně potřeb seniora, k čemuž dochází v návaznosti na změnu psychické, fyzické a sociální oblasti seniora. „*Jedinci, kteří dovedou držet krok, mají zpravidla schopnost vytěžit ze situací svého předcházejícího života co nejvíce, když mají zvládnout situace, s nimiž jsou ve stáří konfrontováni.*“¹⁴

Z výzkumu doc. Saka vyplývá, že seniori sehrávají důležitou roli pro rodiny svých dětí. Tento názor zastává 81% seniorů a 78% ostatní populace.¹⁵ Prarodičovská role patří do

⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.* Praha: 2007, s. 299

⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.* Praha: 2007, s. 398

¹⁰ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník.* Praha: 2010, s. 549

¹¹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.* Praha: 2007, s. 299

¹² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.* Praha: 2007, s. 302

¹³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.* Praha: 2007, s. 303

¹⁴ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří.* Praha: 1990, s. 41

¹⁵ SAK, P.; KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů.* Praha: 2012, s. 159

tradičních rolí. Seniori předávají moudra, zkušenosti a příběhy ze svého života. Přibližně od roku 2003 se do České republiky dostal trend „adoptivních babiček“. Občanské sdružení Babi – Děda, adoptivní prarodiče, umožňuje model fungování třígenerační rodiny, prarodiče – rodiče – děti. Jde o propojování generací u rodin či seniorů, kteří nemají z různých důvodů možnost stýkat se s vnoučaty či prarodiči.¹⁶ Možnosti naplňování přirozených rolí jsou pro seniory důležité a dodávají jim pocit potřebnosti a uspokojení.

1.2. Seniorská populace – demografický vývoj

V médiích, v odborné literatuře a na přednáškách se dozvídáme, že populace stárne. Stárnutí populace se týká i České republiky. Stárnutí obyvatelstva není nic nového, v historické literatuře a historických příbězích se se seniory setkáváme málo. I v minulém století populace výrazně stárla. Velmi hezky graficky znázorněné tyto údaje vidíme na animovaných grafech Českého statistického úřadu. Při animaci vidíme mezníky, kdy například v dobách válek bylo obyvatel méně, po válkách se počet obyvatel zvyšoval.¹⁷

Demografický vývoj je důležitý ukazatel změn ve struktuře obyvatelstva a pro tuto práci je vhodné zmínit, jak se liší populační procesy před pár lety a dnes. Nejdůležitějším údajem je počet obyvatel v ČR v roce 2014, a to podle odhadů bylo 10 538 275 obyvatel (viz příloha č. 1)¹⁸ Na webových stránkách Českého statistického úřadu najdeme statistiku o procentuálním zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v roce 2004 a 2014. Pokud se zaměříme na Českou republiku, zjistíme, že rozdíl v těchto dvou obdobích jsou 3,4%. Konkrétně za rok 2004 jde o 14% a v roce 2014 o 17,4%. Pro zajímavost zmíním ještě dva státy. Itálie má nejvyšší procentuální zastoupení obyvatel 65+, a to 21,4% v roce 2014 a naopak nejnižší zastoupení je v Turecku, 7,7% obyvatel 65+.¹⁹ Z dalších výzkumů zabývajících se výzkumem obyvatelstva České republiky jsou statistiky takové, že v roce 2014 na tisíc obyvatel žilo v naší republice 1880 osob 65+, konkrétně 1102 žen a 778 mužů. V roce 2011 se na tisíc

¹⁶ O nás. *Babi - Děda* [online]. Praha [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <http://www.babi-deda.cz/cs/43-o-nas.html>

¹⁷ Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2101, Česká republika. Český statistický úřad [online]. Praha [cit. 2016-06-28] Dostupné z: https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce_1950_2101/index.html?lang=cz
https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce_1950_2101/index.html?lang=cz

¹⁸ Počet obyvatel rostl, díky vyšší porodnosti i přistěhovalcům. Česká televize [online]. Praha [cit. 2016-06-28] Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1514084-pocet-obyvatel-rostl-diky-vyssi-porodnosti-i-pristehovalcum>

¹⁹ *Obyvatelstvo*. Český statistický úřad [online]. Praha, 2014 [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20556127/32020315c05.pdf/abfde4ba-e9e6-4e45-9648-4c3d331ad85f?version=1.0>

obyvatel republiky pohyboval počet obyvatel 65+ o 180 méně.²⁰ Poslední důležitou hodnotou ve statistice je naděje na dožití, která se v ČR v roce 2014 pohybovala u mužů ve věku 75,8 let a u žen 81,7 let. V roce 2011 to bylo o rok méně.²¹

Pokud budeme brát v potaz již zmiňovanou animaci počtu obyvatel, měla by být Česká republika v roce 2016 na svém vrcholu v celkovém počtu obyvatel. V tomto roce by mělo být podle předpokladů v naší zemi 18,4% obyvatel ve věku 65+. Pokud by předpoklad Českého statistického úřadu vycházel, měla by křivka v celkovém počtu obyvatel klesat, ale stoupat bude křivka počtu osob 65+, kdy v roce 2101 by mělo být 32,5% obyvatel ve věku 65+ v naší zemi, 12,2% osob mladších 15 let a 55,3% osob ve věku 15-64 let (viz příloha č. 2). Před rokem 2007 bylo % zastoupení 65+ menší než počet obyvatel mladších 15 let, v roce 2007 bylo procentní zastoupení osob mladších 15 let a osob 65+ stejné, a to 14,4%. Od roku 2007 se zastoupení mění a do vyššího počtu v procentech se dostávají osoby 65+. ²² Z výše zmiňovaných statistik a předpokladů vyplývá, že populace bude stárnout, budeme se dožívat vyššího věku a bude se zvyšovat průměrný věk obyvatelstva.

1.3 Gerontologie

Gerontologie je odvozena z řeckého slova „geron, gerontos“, což znamená starý člověk a pojmu „logos“, v překladu do češtiny chápaný jako nauka, tedy v komplexním překladu se jedná o nauku o starém člověku. „*Tato definice staví gerontologii do řady dalších věd o člověku, bytosti skládající se z těla, ducha a duše, a tato východiska je determinují k vysoké komplexitě, interdisciplinaritě a multipragmatickosti.*“²³

V historii se lze setkat s prvky gerontologického myšlení. W. Shakespeare napsal hru Král Lear, která se věnovala stáří a kladla důraz tomu, aby se lidé nespolehali na péči ostatních, ale aby byli samostatní a stále byli bdělí nad okolím. V běhu věků bychom našli další díla, která se dají považovat za předchůdce gerontologie. Ovšem pojem gerontologie jako takový, byl použit v roce 1903, panem I. I. Mečnikovem, který je držitelem Nobelovy ceny. „*V roce 1929*

²⁰ Obyvatelstvo. Český statistický úřad [online]. Praha, 2014 [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20556127/32020315c05.pdf/abfde4ba-e9e6-4e45-9648-4c3d331ad85f?version=1.0>

²¹ Obyvatelstvo. Český statistický úřad [online]. Praha, 2014 [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20556127/32020315c05.pdf/abfde4ba-e9e6-4e45-9648-4c3d331ad85f?version=1.0>

²² *Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2007, Česká republika.* Český statistický úřad [online]. Praha [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce_1950_2101/index.html?lang=cz

²³ ŠTĚPÁNKOVÁ, H; A KOL. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicinských a společenských věd.* Praha: 2014. s. 9

vznikla v Praze v Ústavu pro nemoce a stáří pravděpodobně 1. geriatrická klinika pro pregraduální výuku na světě (profesor R. Eiselt v prostorách tehdejších Masarykových domovů, dnešní Thomayerovi nemocnice).²⁴ Dále je důležitým mezníkem historie České gerontologické společnosti. Zde je důležitou osobností lékař Bohumil Prusík, kdy jeho zásluhou byla v roce 1953 ustanovena Mezinárodní gerontologická asociace a v roce 1962 vznikla samostatná Československá gerontologická společnost při Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně.²⁵ Od roku 1944 jsou naši odborníci uznávanými kapacitami v tomto oboru a postupně vznikaly a vznikají odborné texty, knihy a učebnice pro zdravotnický i nezdravotnický personál. Důležitými společnostmi a zařízeními je především Česká gerontologická a geriatrická společnost, kterou vede Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. zároveň s Gerontologickým centrem na Praze 8. Dále bychom neměli opomenout Českou alzheimerovskou společnost, která je v současné době respektovaným členem výrazných mezinárodních organizací, např. Alzheimer Europe.²⁶

Gerontologie se tradičně dělí do tří okruhů – gerontologie experimentální, gerontologie klinická a gerontologie sociální.

Gerontologie experimentální (teoretická) – biologický pohled na studium procesů stáří a stárnutí; důležitá též výzkumná část psychických změn a schopností v průběhu stárnutí.

Gerontologie klinická (geriatrie) – jedná se především o zvláštnosti zdraví a podpory zdraví v komplexnějším pojetí. (viz kapitola 1.3.1)

Gerontologie sociální – jde především o studium existencialisty a životem ve stáří, vztahy mezi seniory a společností a další škála aspektů, kam patří například psychologické, filozofické, etické a další aspekty.²⁷

1.3.1 Geriatrie

Gerontologie klinická, kterou častěji slyšíme pod pojmem geriatrie, je obor primárně medicínský. Nelze ji ovšem opomenout i v sociální práci, je důležité znát alespoň základní cíle a pojmy geriatrie. „*Geriatrie je samostatný lékařský obor interdisciplinárního charakteru, který plní nejen specifické úkoly léčebně preventivní, ale také integrační a metodické při*

²⁴ ČEVELA, R; A KOL. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: 2012, s. 56

²⁵ HOLMEROVÁ, I; A KOL. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2003, s. 8

²⁶ ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, O.P.S. [online]. [cit. 2016-06-28]. Dostupné z:

<http://www.alzheimer.cz/>

²⁷ ČEVELA, R A KOL. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: 2012, s. 63.

vytváření uceleného systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro seniory. “²⁸ Cílem geriatrické je tedy především řešení zdravotního stavu, jeho optimalizace, vyšetření a řešení nejčastějších geriatrických obtíží. Jedná se nejčastěji o zlepšení zdravotního stavu v rámci možností, možnosti udržení soběstačnosti do co nejvyššího věku a zaměřuje se na kvalitu života seniora v domácím i institucionálním prostředí. V geriatricce je předmětem zájmu člověk stárnoucí a starý, který je zdravý ale i nemocný. Geriatricce je oborem multidisciplinárním a snaží se o vytváření geriatrických týmů, složených z odborníků z různých oblastí. Jedná se o odborníky z ošetrovatelství, ergoterapie, sociální práce, fyzioterapie a dalších nelékařských oborů.²⁹ Pro kvalitní a cílenou péči o seniory, je nutná obecná znalost geriatricce a jejích syndromů, kterým se budeme věnovat v kapitole 2.2.2.

1.3.2 Gerontologie sociální

Gerontologie sociální je oblast, která, jak z názvu vyplývá, se věnuje sociálním oblastem v životě seniora. Zaměřuje se na determinanty zdraví a nemoci, duševního zdraví ve stáří, sociálního zabezpečení ve stáří, dlouhodobé péče a dalších oblastí, které mají významný vliv na kvalitu života seniora. Sociální gerontologie vnímá také spojitosti mezi nemocí a sociální situací seniora a vliv této situace na adaptaci na stáří. K hlavním cílům sociální gerontologie patří:

- Předcházet patologickému a předčasnému stárnutí
- Dostatečná seberealizace a participace
- Prodlužovat plnou soběstačnost do co nejvyššího věku a zkvalitňovat život seniorů
- Vytvářet kvalitní podklady pro tvorbu politik seniorské populace.³⁰

Lze si tedy všimnout, že oblast geriatricce a sociální gerontologie je úzce propojená a je třeba znalost obou oblastí, abychom dosáhli úspěšného a kvalitního stárnutí seniorů.

1.4 Mýty o stáří a stárnutí

Každý člověk má na stáří a stárnutí jiný pohled. Každý vnímá seniora jinak. Vzhledem ke zkušenostem, zážitkům, životnímu cyklu a k individuální formulaci osobnosti, je seniorská skupina velmi heterogenní. Seniori jsou různorodí a nelze globálně říci, že jsou stejní bez rozdílů. Skupina seniorů není homogenní, což je také dáno principem stárnutí, který je silně

²⁸ Česká gerontologická a geriatrická společnost [online]. Praha, 2006 [cit. 2016-06-28]. Dostupné z:

<http://www.cggs.cz/cz/Home/>

²⁹ HOLMEROVÁ, I; A KOL. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2007, s. 13

³⁰ ČEVELA, R A KOL. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: 2012, s. 64

individuální, v pojetí biologickém, psychickém či sociálním.³¹ Pojetí skupiny seniorů jako homogenní je, bohužel, i v současné době zřetelné. Seniorům jsou často přisuzovány vlastnosti, kterými vůbec nedisponují. Diakonie Českobratrské církve evangelické definovala seniorské desatero, které se zabývá nejčastějšími společenskými omyly a předsudky vůči stáří a stárnutí.

1. Stárnutí je proces, nikoliv stav.
2. Senioři neexistují.
3. Jak Češi stárnou?
4. Stárnutí české populace není sociální problém.
5. V nepřátelském prostředí není prostor pro rozvoj
6. Pokrok se dotýká všech.
7. Senioři volí, pracují a nakupují.
8. Na stáří se neumírá.
9. Potřebují senioři naší pomoc?
10. Kvalita života se možná mění, ale zůstává.³²

Jednotlivé předsudky se dají otevřít a objeví se nám podrobnější popis. Lze si všimnout, že se s výše zmiňovanými předsudky opravdu občas setkáme po diskusi na veřejnosti nebo v médiích. Pro odbourání mýtů a stereotypů by bylo vhodné, aby se zvýšilo povědomí o seniorské populaci. Společnosti by prospělo, kdyby se o seniorech začalo více mluvit otevřeně, více by se integrovali do společnosti a probíhalo by i vzdělávání na školách, které by posílilo sociální dovednosti vůči třetí a další generaci ve společnosti.

³¹ KALVACH Z., ONDERKOVÁ A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: 2006, s. 8-9.

³² Seniorské desatero aneb několik méně známých faktů. *Diakonie Českobratrské církve evangelické* [online]. [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <http://www.otevrenoseniorum.cz/myty-o-stari/>

2. ZMĚNY VE STÁŘÍ

Změny ve stáří jsou zcela individuální pro každého jedince. Lze ovšem teoreticky i prakticky zjistit, že jsou určité skupiny a charakteristiky změn, které jsou pro stáří typické. Ideální stáří s relativním pojetím zdraví je dopřáno nejspíše menšímu počtu lidí, než těm, kteří mají různé potíže od menších jako bolesti kloubů až po ty vážné jako tělesné nemoci a duševní poruchy.³³ Znalost pečujícího personálu týkající se změn ve stáří je důležitá pro pochopení stesků seniora a udržení psychické a duševní pohody seniora. Pro práci se seniory je vhodné, aby si personál uvědomoval negativní důsledky spojené se změnami ve stáří. Některým změnám lze předejít prevencí, konkrétní budou popsány v následujících kapitolách. Jiné změny ve stáří jsou neovlivnitelné, jsou často spojené s dědičností nebo poruchou v určité části těla, kterou nelze nijak ovlivnit.

Se změnami ve stáří souvisí také hodnoty. Tato oblast se u lidí v seniorském věku nijak neliší od mladší populace, ovšem mění se žebříček a důležitost jednotlivých hodnot. Sak a Kolesárová ve své knize provedli výzkum, kde zjišťovali hodnotový žebříček. Pro tuto práci jsou klíčové osoby dvou posledních skupin ve výzkumu, které jsou ve věkovém rozpětí 61-70 let a 71 a více let. Z výzkumu vyplynulo, že pro obě skupiny je nejdůležitější hodnotou zdraví. Další vysoce postavené hodnoty, které se u obou skupin shodují, jsou rodina a děti, mírný život bez válek a zdravé životní prostředí. Největším rozdílem je hodnota Boha, kdy osoby ve věku 61-70 let Boha nepovažují za důležitou hodnotu oproti skupině 71 a více let, která Boha vnímá jako vyšší hodnotu.³⁴ Hodnoty jsou důležité pro správné pojetí sebe sama a utvoření si jejich žebříčku pomáhá pro upevnění osobnosti v mnohdy nejistém životě seniora.

Se změnami ve stáří jsou spojené dva důležité odborné pojmy – polymorbidita a polypragmazie. **Polymorbidita** je definována jako: „*Seniора prostě postihuje více chorob najednou nebo jedna akutní způsobí, že se ke slovu přihlásí i ty >>spící<<.*“³⁵ Jednoduchým překladem lze také říci, že se jedná o vícečetnou chorobnost. Není to pouze záležitost seniorů, ale vzhledem ke zvýšené nemocnosti a opotřebení organismu dochází k větší pravděpodobnosti polymorbidity, než-li u mladších lidí. Dalším pojmem je **polypragmazie**, která je definována jako: „*předepsání někdy i značného množství léků najednou od různých lékařů, kteří navzájem o preskripce nevědí.*“³⁶ Pokud má senior mnoho léků, je vhodné informovat ošetřujícího lékaře,

³³ PIDRMAN, V; KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. Praha: 2005, s. 9

³⁴ SAK, P; KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: 2012, s. 147

³⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Seniori mezi námi*. Praha: 2012, s. 137

³⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Seniori mezi námi*. Praha: 2012, s. 137

praktického lékaře, aby zajistil redukci nebo souhru mezi předepsanými léky. Mohlo by dojít k tomu, že by se léky mezi sebou negovaly nebo byly v důsledku jiného léku neúčinné.

2.1 Sociální změny

Sociální změny jsou fakta v životě seniora, které většinou nelze ovlivnit. Důchodový věk, smrt blízkého člověka, odchod do rezidenčního zařízení nebo změna bydliště má velký vliv na přetrhání sociálních vztahů. Tyto změny mají zvýšené riziko pro seniora z hlediska jeho zdraví.³⁷ Důležitými prvky u sociálních změn je jak vnímá okolí seniora, aby mohl být v duševní rovnováze a pohybovat se ve společnosti. „*Změněné chování vede k omezení kontaktů s přáteli. Rodina se za svého nemocného může stydět.*“³⁸ Zpřetrhání kontaktů s přáteli a sociálním okolím může vést k dalším souvisejícím psychickým problémům, jako je například deprese, úzkosti apod.

Další oblastí, která je důležitou sociální změnou, je soběstačnost. Soběstačnost má velký vliv na zařazení do společnosti a možnost setrvání v domácím prostředí bez dopomoci druhé osoby. Haškovcová soběstačnost definuje jako stav, kdy je osoba schopná být fyzicky, psychicky, finančně i emocionálně nezávislá.³⁹

2.1.1 Ageismus

Ageismus se nejen v profesní terminologii běžně používá. Jde o téma, které je stále aktuální, nepříliš řešené a pro mnohé lidi neznámé. Týká se sociální změny společenské role. Pojem zavedl v roce 1968 a rozpracoval významný gerontolog R Butler.⁴⁰ Haškovcová ve své knize ageismus popisuje takto: „*označuje pestré projevy averze vůči starým lidem a všemu, co stáří připomíná.*“⁴¹ V dnešní době se také lze setkat s ekvivalentem věková diskriminace. Diskriminace vzhledem ke skupině seniorů bývá z důvodu věku, ale častějším důvodem je diskriminace na základě funkčního stavu. Lze se s tímto setkat například ve zdravotnictví při odmítnutí vykonání zdravotnického výkonu vzhledem ke špatnému funkčnímu stavu seniora.⁴² Do ageismu se řadí též mýty a předsudky o seniorech, které jsou uvedené v kapitole 1.4. S předsudky vůči seniorům se setkáváme v médiích, na veřejnosti, ale bohužel i v některých zařízeních pečujících o seniory nebo v rodinách. V současnosti je v ČR zakázána diskriminace na základě věku v § 4 Zákona o zaměstnanosti 453/2004 a v Zákoníku práce 262/2006 Sb.

³⁷ MATOUŠEK, O; A KOL. *Sociální práce v praxi*. Praha: 2005, s. 164

³⁸ MLÝNKOVÁ, J. *PÉČE O STARÉ OBČANY – Učebnice pro sociální činnost*. Praha: 2011, s. 137

³⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: 2012, s. 149

⁴⁰ ČEVELA, R A KOL. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: 2012, s. 107

⁴¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: 2012, s. 48

⁴² ČEVELA, R A KOL. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: 2012, s. 107

2.1.2 Autonomie, důstojnost, soběstačnost

Důležitým pojmem, který se týká sociálních změn u seniorů, je oblast autonomie. „*Autonomní jedinec by měl řídit a organizovat vlastní aktivity bez cizí pomoci, sám uspokojovat své fyziologické potřeby, stát si za vlastními názory, nevynucovat si souhlas, blízkost a emocionální podporu a neměl by být zatížen přílišným strachem z druhých lidí ani pocity viny vůči nim.*“⁴³ Autonomie je na samém vrcholku Maslowovy pyramidy potřeb. Autonomie je brána jako sebevyjádření svého Já, využití svých schopností atd. Haškovcová ve své knize uvádí, že senioři o sobě mají rozhodovat nejen ve zdraví, ale i v nemoci. Klienti sociálních služeb by měli být dotazováni co si jak přejí.⁴⁴ Pro zachování co nejvyšší míry podpory autonomie klienta, jsou v sociálních zařízeních vedeny individuální plány péče (popsán v kap. 3).

Výsadní listinou, na kterou je důležité v souvislosti se seniory myslet, je Charta práv starších občanů. Účelem Charty, která se zaměřuje na skupinu seniorů, kteří potřebují pomoc druhé osoby, je připomenutí a uznání důstojnosti a práv, na které mají staří občané se sníženou soběstačností právo. Charta se zabývá především právem na autonomii, zachování co nejvyšší míry soběstačnosti a chce docílit toho, aby měli starší lidé s omezenou soběstačností, stejná práva a stejný nárok na autonomii jako ostatní část dospělé populace. Článek X. popisuje, že každý, kdo profesně pracuje se starými lidmi, by měl mít vzdělání v gerontologii. Měli by se zabývat zvláštnostmi onemocnění a potřebami osob vyššího věku.⁴⁵ Vzdělání v gerontologii by mělo být ve vyšší míře i v kurzech pro pracovníky v sociálních službách, což by zajistilo kvalitní péči o seniory. Pečovatelky by chápaly a rozuměly tomu, co se děje v chování, prožívání a komunikaci u osob trpících demencí. Lze to pokládat za velmi důležité, a proto je to v této práci zmiňováno vícekrát.

S autonomií úzce souvisí další dva pojmy, důstojnost a soběstačnost. Důstojnost je obsažena v Základní listině práv a svobod v prvním článku: „*Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech*“; a v desátém článku: „*Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, osobní čest, dobrá pověst a chráněné jeho jméno*“.⁴⁶ Důstojnost lze u seniorů naplňovat i zdánlivými maličkostmi. Jedná se například o formu oslovení klientů a péči o klienta např. v pitném režimu. Důležitým bodem důstojnosti je zachování

⁴³ KALVACH, Z A KOL. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: 2001, s. 35. (zvýraznění dle původního autora)

⁴⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: 2012, s. 56

⁴⁵ *Charta práv a svobod starších občanů*. In: Veřejný ochránce práv. Dostupné také z:

http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Charty_deklarace/Charta_prav_starcich_obcanu_1966.pdf

⁴⁶ *Listina základních práv a svobod*. Praha. Dostupné také z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

soukromí při hygieně.⁴⁷ Senioři žijící v reziduálním zařízení mají právo na důstojnost. Toto právo je zmíněno v zákoně 108/2006 Sb. „*Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob.*“⁴⁸ Například v Domově V Podzámčí se o důstojnost klienta dbá řádně, jsou pro to jasně daná pravidla, která jsou kontrolována. Více v kapitole 3.

Soběstačnost je oblast, která je u klientů sledovaná a zaznamenávaná v individuálních plánech. Vzhledem k progresi demence se soběstačnost u klientů trpících demencí velmi mění a je třeba se na tyto změny zaměřovat a zohledňovat je v péči o klienta. Vzhledem ke změnám u osob trpících demencí, ve vyjadřovacích schopnostech a poruchách řeči a myšlení, bývá komunikace se seniory na téma jejich seberealizace velmi složitá. Avšak postupem času a sledováním verbálních i neverbálních projevů lze zjistit, v kterém případě prožívá klient pocity libosti a nelibosti.

2.1.3 Životní změny

Životní změny jsou další individuální složkou u každého seniora. Jde o změny, které nastávají u každého v jiném věku. Životní změny jsou v životě člověka velmi důležité, často předchází problémům v životě seniora a mohou mít různé následky pro kvalitu života. Jak je zmíněno výše, je třeba brát na zřetel potřebu sociálních kontaktů u seniorů, které se mění v závislosti na zdraví a okolí seniora. Sociální kontakty s rodinou, přáteli a okolím jsou důležité z důvodu zabránění sociální exkluze. Dalšími důležitými body pro zabránění sociální exkluze je zachování kulturních aktivit; občanských aktivit; přístupu k základním službám; zajištění možnosti využívat finanční služby atp.⁴⁹

Sociálními změnami, které v životě potká většina seniorů, je odchod do důchodu, atomizace rodiny a ztráta partnera.⁵⁰ Tyto tři změny jsou důležité pro vnímání sebe sama a najítí smyslu ve stáří. Odchod do starobního důchodu popisuje obsáhle ve své knize Haškovcová, kde uvádí, že tato změna je pro nemalou část lidí traumatizující. Dále uvádí, že s odchodem do starobního důchodu nastává tzv. **penzijní kolaps**, či dokonce **penzijní smrt**, kdy senior ztratí zaměstnaneckou roli. Je zajímavé, že odchodem do důchodu se senioři stávají sobě rovnými.

⁴⁷HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: 2012, s. 76

⁴⁸ *Zákon o sociálních službách*. Praha, 2006. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

⁴⁹ HOLMEROVÁ, I; A KOL. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2007, s. 39

⁵⁰ULRYCHOVÁ, Ladislava. *Sociální stárnutí, životní změny* [online]. In: ULRYCHOVÁ, Ladislava. 2011, s. 29 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z:

http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Soci%C3%A1ln%C3%AD_st%C3%A1rnut%C3%AD.pdf

Nezáleží, kdo zastával jakou pozici. Sobě rovnými se stávají proto, že jejich „**role je nemít roli.**“ Autorem obou výstižných termínů je internista a akademik Josef Charvát.⁵¹

Dalšími významnými, negativně vnímanými, změnami ve stáří jsou syndrom prázdného hnízda a změna bydliště.⁵² Syndrom prázdného hnízda je už podle části názvu „syndrom“ vnímaný jako něco negativního, patologického. K této změně dochází často v mladším věku jedince, než v seniorském. „*Spousta rodičů se těší na čas, kdy mohou být zase jen sami se sebou a se svým životním partnerem. Někdy se však stává, že se dětem z vyhrátého hnízda příliš nechce.*“⁵³ Tuto změnu lze využít v pozitivní vliv na osobnost člověka a to především v naplňování volného času svým programem, zaměřování se na své potřeby a do budoucna obnovení pečovatelského pudu o vnoučata.

Další změnou, která bývá náročná pro osobu v seniorském věku, je změna bydliště. Senioři jsou méně adaptabilní na tak velké změny, pokud budeme psát o změnách nechtěných z jejich strany. Jde o zátěžovou situaci, která může vyvolat stres. Stres je z psychologického hlediska chápán jako **stav nadměrného zatížení či ohrožení.**⁵⁴ Rodina a blízké okolí seniora vidí jeho přestěhování jako nejlepší možnost, pro zajištění jeho spokojeného života. Senior je ovšem zvyklý často dlouhá léta na místo, kde žil, na lidi, se kterými se vídal a na prostředí, kde se vyskytoval. Proto je třeba zde zvážit míru nesoběstačnosti seniora a důvody, které vedou k přestěhování.

Senior pečoval v mládí o své vlastní děti, o vnoučata. Nejčastěji vlivem biologických změn se tato role otáčí a o seniora musí být pečováno. Senior se dostává do role, kdy péči přijímá a je třeba pracovat s důležitými body, popisovanými v této práci, jako je důstojnost a autonomie. Tato změna je velmi zřetelná z pozice personálu, kdy se naráží na problém míry péče a pomoci, kterou je klient ochotný přijmout.

2.2 Biologické změny

S ohledem na profesi sociálního pracovníka je třeba vyčlenit skupinu seniorů, která je cílovou skupinou pro sociální práci. Nelze říci, že každý nemocný senior by měl být klientem sociální práce. „*Sociální práce se tedy nejvíce soustřeďuje do oblasti péče o ty seniory, jejichž*

⁵¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: 2010, s. 81

⁵² ULRYCHOVÁ, Ladislava. *Sociální stárnutí, životní změny* [online]. In: ULRYCHOVÁ, Ladislava. 2011, s. 29 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: http://www.szmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Soci%C3%A1ln%C3%AD_st%C3%A1rnut%C3%AD.pdf

⁵³ VANĚK, David. *Prázdné hnízdo: Umíte být partnery i poté, co se vaše rodičovská role naplnila? Společný tanec potřebuje nové kroky.* [online]. 2014 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/prazdne-hnizdo/>

⁵⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: 1999, s. 33

*zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti.*⁵⁵ Vzhledem k četnosti onemocnění ve stáří bude kapitola věnována těm biologickým změnám, které jsou nejdůležitější u klientů domova se zvláštním režimem.

Biologické změny patří k obecně nejznámějším změnám u populace seniorů. Nejvíce viditelné a známé jsou změny na kůži a změny v pohybovém ústrojí. Další změny probíhají v kardiovaskulárním systému, respiračním systému, trávicím systému, pohlavním a vylučovacím systému, nervovém systému, smyslovém vnímání a spánku.⁵⁶ Dále lze biologické změny charakterizovat jako tzv. **geriatrické syndromy**, které jsou specifické pouze pro skupinu seniorů. „*Geriatrické syndromy lze chápat jako klíčový geriatrický koncept, jako priority geriatrické medicíny, které významně doplňují diagnostikování a léčbu „standardních chorob.*“⁵⁷ Popisu některých syndromů bude v práci věnována také část třetí kapitoly. Půjde o ty syndromy, se kterými lze pracovat v rámci sociální práce nebo je vhodné tyto syndromy pro výkon sociální práce v domovech se zvláštním režimem znát.

2.2.1 Demence

Cílová skupina domova pro seniory se zvláštním režimem jsou osoby trpící demencí a jejími dalšími typy. „*Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí (funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování).*“⁵⁸ Demence je onemocnění, které je nejobávanější nemocí mezi populací obecně, především mezi seniory. Jde o často slýchanou frázi „kdybych někdy měl dopadnout takto, tak se raději zabiju“. Demence znemožňuje například nemocnému vykonávat své zaměstnání, věnovat se svým koníčkům a vést rozhovor se svými blízkými a přáteli. K demenci patří ztráta paměti a schopnosti rozumět tomu, co se děje kolem nemocného. Demence je velká psychická a fyzická zátěž a zdroj stresu pro samotného nemocného i blízké pečující členy rodiny.⁵⁹

Demenci lze schematicky rozdělit do třech stádií. První stadium je nazýváno **syndromem počínající a mírné demence**. Osoba v prvním stadiu demence dokáže být relativně samostatná s mírným dohledem a pomůckami pro samostatné žití v domácnosti. Druhé stadium je **syndromem rozvinuté demence**, které je považováno za nejdelší fázi demence. V tomto období je potřebný nepřetržitý dohled a dopomoc v sebeobslužných

⁵⁵ MATOUŠEK, O; A KOL. *Sociální práce v praxi*. Praha: 2005, s. 163

⁵⁶ MLÝNKOVÁ, J. *PÉČE O STARÉ OBČANY – Učebnice pro sociální činnost*. Praha: 2011, s. 21

⁵⁷ KALVACH, Z; A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: 2008, s. 144

⁵⁸ JIRÁK, R; A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*. Praha: 2009, s. 11

⁵⁹ PIDRMAN, V; KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. Praha: 2005, s. 101

aktivitách. Třetí stadium demence je charakteristické **plnou závislostí na pomoci v péči od druhé osoby**. Osoba trpící demencí může být v této fázi ještě motoricky schopná, ale především psychické a kognitivní funkce jsou velmi silně narušeny.⁶⁰

Demence je téma velmi rozsáhlé. Dalo by se popisovat mnoho dalších projevů a změn, které se u člověka s demencí dějí. Výše zmíněné charakteristiky lze považovat za ty nejdůležitější, pokud personál pracuje s osobami trpícími demencí. Praktičtější pohled na práci s těmito lidmi bude v kapitole třetí, kde bude brán zřetel na adaptaci klienta s demencí na nové prostředí.

2.2.2 Geriatrické syndromy

Geriatrické syndromy jsou oblastí spíše pro zdravotnický personál. Pro sociálního pracovníka jsou také důležité, hlavně pro pochopení konkrétního stavu klienta. Do geriatrických syndromů jako složitějších příznakových a problémových souborů, dle pojetí Kalvacha, řadíme například: *syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti (sarkopenie); syndrom anorexie a malnutrice; syndrom instability s pády; syndrom inkontinence; syndrom imobility; syndrom kognitivního deficitu, demence, poruch paměti a poruch chování; syndrom duálního senzorického deficitu; syndrom maladaptace; syndrom EAN a syndrom terminální geriatrické deteriorace*.⁶¹ Všechny tyto syndromy se u seniorů umístěných v pobytových zařízeních objevují. V zařízeních se pečuje o to, aby se geriatrickým syndromům předcházelo, nebo aby se zmírňoval jejich průběh a popřípadě následky. „*Problematika je neustálená, je však shoda o tom, že geriatrické syndromy umožňují srozumitelný popis klientů zdravotně sociálních služeb s důrazem na jejich hlavní obtíže a na možnosti jejich intervenování*.“⁶² Pokud známe problematiku geriatrických syndromů, lze je z pohledu pracovníků v přímé péči využít pro sestavování individuálního plánu klientů (popsáno v kap. 3.3.1). Vzhledem k výčtu a charakteristice geriatrických syndromů se předpokládá multidisciplinární péče. Do této péče by v dobrém zařízení pro seniory měli být zahrnuti pracovníci přímé péče, zdravotní sestry, lékaři různých odborností, rehabilitační pracovníci, nutriční terapeuti apod. Spolupráce těchto odborností je cílem pro co nejvyšší kvalitu života seniora v domácím i pobytovém zařízení.

V odborné společnosti je často slýchaným pojmem **křehký senior**. Haškovcová ve své knize křehkost definuje jako něco typického pro seniory. Křehkost je spojena s fyzickou i

⁶⁰ HOLMEROVÁ, I; A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: 2009, s. 35 – 38

⁶¹ HOLMEROVÁ, I; A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: 2009, s. 142

⁶² ČEVELA, R A KOL. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: 2012, s. 118

psychickou stránkou člověka. „*Když upadne mladší člověk, většinou se mu >> nic nestane<<, seniorovi však hrozí zlomenina krčku stehenní kosti.*“⁶³ Z poznatků z praxe je zřejmé, že z pohledu emotivity jsou senioři citliví. Vliv na proměnu emocionality má nemocnost a její závažnost u seniora a rodinné zázemí. Pokud jsou tyto oblasti v pořádku, lze do vysokého věku dosahovat emoční pohody.⁶⁴ Pro ochranu křehkého seniora je vhodné poskytnout bezpečné prostředí před zraněním a přívětivé prostředí pro co nejvyšší míru pohody u seniora.

2.3. Psychické změny

Psychické změny, kterým se bude věnovat tato kapitola, budou zaměřeny na seniory trpícími demencí. Jak je popsáno v kapitole 2.2.1., demence způsobuje poruchy kognitivních funkcí. Hartl a Hartlová definují kognitivní funkce jako: „*souhrn procesů, které zahrnují vnímání, orientaci ve světě, zvládnutí jazyka, myšlení, plánování, obrazotvornost, kreativitu a fantazii, tedy souhrn činností, které lze využívat pro počítačové modelování lidského myšlení.*“⁶⁵ Z praxe víme, že psychické změny jsou u každého klienta individuální. Jedná se o různé typy poruch, jinou intenzitu a každý senior tuto změnu vnímá jinak. Psychické změny jsou u seniorů choulostivé téma. Senioři trpící Alzheimerovou chorobou si v prvním stadiu, výjimečně ve druhém stadiu, uvědomují, jaké změny se u nich dějí. Takové situace u seniorů vyvolávají velké obavy, pocity méněcennosti a stres. Psychické změny jsou velmi složité i pro blízké okolí seniorů. Senior se mění, stává se z něj jiný člověk, než kterým byl předtím. I přes to, že se lidé mění, je třeba se je snažit pochopit a jednat s nimi podle jejich možností. Jako důležité psychické změny vnímám poruchu paměti a chování. Tyto dvě poruchy jsou nejvíce zřetelné u osob trpících demencí. Jedná se o poruchy, se kterými se pracuje v zařízeních pro seniory a jejich teoretický popis je pro pečující osobu dobré znát, vzhledem k následkům, které tyto změny přinesou.

Mezi další poruchy psychických funkcí, které bývají u různých typů demencí nejčastěji změněny, patří porucha vědomí, emocí, afektů, porucha nálad, poruchy vnímání, myšlení, chování a jednání, intelektu a inteligence a dalších kognitivních funkcí.⁶⁶ Praktickému popisu jednotlivých poruch psychických funkcí se budeme věnovat ve třetí kapitole, kde budou prakticky popsány postupy pečujícího personálu o seniora s poruchou těchto funkcí a s ohledem na jeho adaptaci v reziduálním zařízení.

⁶³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: 2012, s. 108

⁶⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: 2007, s. 334

⁶⁵ HARTL, P; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: 2010, s. 159

⁶⁶ JIRÁK, R; A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*. Praha: 2009, s. 14 – 17

2.3.1 Porucha paměti

Obecně nejznámější změnou u osob trpících demencí je porucha paměti. Z filmů jsou známé scény, kdy si člověk nemůže najednou vzpomenout, kam dal klíče, co měl k obědu. Paměť se dělí podle řady hledisek. Mezi nejznámější a nejvíce využitelné dělení pro osoby pečující o nemocné, které trpí demencí je dělení na **ultrakrátkou, krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou paměť**.⁶⁷ U osob trpících demencí si lze všimnout, že může být postižena kterákoli paměť z pohledu délky zapamatování si. Nejvíce výraznou a lehce odhalitelnou je porucha paměti ultrakrátké a krátkodobé, kdy si osoba trpící demencí nepamatuje bezprostřední informace nebo činnosti, které se dozvěděl nebo vykonával před krátkou chvílí. Tato porucha paměti je charakteristická pro první stadium demence. Dalším dělením, které je využitelné v domově se zvláštním režimem, je dělení paměti na deklarativní a procedurální. „*Obsahy paměti deklarativní lze popsat, vypovědět slovy, deklarovat. Tuto paměť lze ještě schematicky rozdělit na paměť epizodickou, která obsahuje vzpomínky na různé události a situace, a na paměť sémantickou, která se podobá slovníku*“⁶⁸ Podle popsané charakteristiky lze určit, že deklarativní paměť bude výrazně postižena u osob trpících Alzheimerovou chorobou. Procedurální paměť zahrnuje motorické dovednosti, řečové dovednosti, podmíněné reflexy a další složky, které bývají nejčastěji postiženy u Parkinsonovy choroby.⁶⁹

Osoba trpící Alzheimerovou nemocí má postiženou především krátkodobou paměť. Aktivní naslouchání a probíhající rozhovor vzbuzuje v člověku pocit bezpečí, jistoty a pohody. Pokud je senior přestěhován do pobytového zařízení, dochází k velké zátěži. Ztráta paměti u Alzheimerovy nemoci se projevuje jako: „*potíže se získáváním nových znalostí; špatná orientace v prostoru, čase a lidech; opakující se dotazy; paranoické tvoření představ, konfabulace; úzkostlivost a nedostatek vředu*.“⁷⁰ Z vlastní praxe lze zhodnotit, že výše zmíněné problémy spojené se ztrátou paměti u seniorů v zařízení působí problémy a je třeba se jim od nástupu seniora věnovat. Senior se musí učit novým věcem, které v zařízení jsou. Poznává nové prostředí a mnoho nových lidí v podobě pečujícího personálu a ostatních obyvatel zařízení. Senior se dotazuje na některé věci několikrát, což může vést k problémům při komunikaci. Nebo naopak senior opakuje situace, které si vybavuje z dob minulých. „*To*

⁶⁷ JIRÁK, R; A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*. Praha: 2009, s. 13

⁶⁸ JIRÁK, R; A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*. Praha: 2009, s. 13

⁶⁹ JIRÁK, R; A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*. Praha: 2009, s. 13

⁷⁰ ZGOLA, J., M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: 2003, s. 23

bohužel k nemoci patří a jediným způsobem jak to zvládnout je nekonečná trpělivost... Tyto otázky mu slouží jako důležitá spojnice s realitou.“⁷¹ U seniora může nastat určitá patologická představivost a sám si utvoří důvody, kvůli kterým je přestěhován do zařízení. U konfabulací hrozí konflikt, jelikož si senior může domýšlet situace, které si nepamatuje celé. Druhá osoba si může myslet, že se senior snaží lhát. Proto je třeba brát v potaz změny, které se u nemocného dějí a podle nich se seniorem komunikovat.

2.3.2 Poruchy chování

Mezi lidmi obecně známé modely chování. Pro společnost je určitá norma chování, kterou bychom měli dodržovat. Senioři trpící demencí mají často chování nějakým způsobem narušené. Nejčastějšími faktory, které vedou k poruchám chování u demence, jsou:

- *Fyzikální (degenerace mozku; tělesná onemocnění; bolest; diskomfort např. chladno, horko, těsný oděv, nepohodlné křeslo; funkční postižení; léky)*
- *Psychologické (premorbidní osobnost; strach; úzkost; deprese; bezmocnost; únava; nuda)*
- *Kognitivní (nepochopení situace; neschopnost vyjádřit potřebu; neschopnost rozhodnout či naplánovat činnost; zmatenost)*
- *Vlivy okolí (nevhodné prostředí; nevhodné zacházení; nadbytek nebo nedostatek zevních podnětů; nerušení rutiny; nervozita pečujícího)*⁷²

V praxi se s výše uvedenými faktory setkáváme. U osob trpících demencí opět platí, že v případě vzniku kterékoli poruchy chování, je potřeba ji řešit. Empatičnost a především trpělivost jsou zde na svém místě. Senior se chová jinak, než bychom si představovali, ale je pro něj často těžké vyjádřit, co by chtěl jinak. Záleží na poruše vyjadřovacích schopností a stupni demence.

K nejčastějším typům problémového chování u demence patří: bránění se péči, agitovanost (neklid), agresivita, toulání se, bloudění, poruchy spánku, psychotické příznaky, misidentifikace, deprese, úzkost.⁷³ Pokud dojde v zařízení k některému z problémových typů chování, problémové chování se zaznamená. Personál se snaží přijít na příčinu problémového chování s klientem, jeho rodinou, popřípadě za pomoci psychiatra. Trpělivým přístupem lze zjistit, co je příčinou daného chování. Řešení problémového chování nemusí být vždy za

⁷¹ DUŠKOVÁ, K. HASALÍKOVÁ, M. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. Praha: 2010, s. 4.

⁷² JIRÁK, R; A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*. Praha: 2009, s. 81.

⁷³ JIRÁK, R; A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*. Praha: 2009, s. 74.

pomocí medikace. Mezi nefarmakologické postupy u řešení problémů v chování patří například péče o celkový tělesný stav, úprava prostředí, vhodný přístup, vhodné aktivity, psychoterapeutické techniky, behaviorální přístup, specifický přístup⁷⁴ Úkolem pečujícího personálu by měla být prevence vzniku problémového chování. K prevenci problémového chování u seniorů trpících demencí může docházet: lékařskými postupy, edukací rodinných příslušníků a pečujících, zkvalitňování gerontologické a geriatrické péče, zvyšování počtu respitních a stacionárních zařízení, modernizace ústavních zařízení.⁷⁵

Z již uvedeného textu se lze dozvědět, že s demencí jsou také spojeny poruchy nálady. K nejčastějším změnám u osob trpících demencí patří: agresivita, deprese a podezřivost. Nejlépe popsané najdeme tyto změny v knize od Buijsse. Agresivitu na začátku popisuje tak, že ji vyvolají situace, které se člověku nedaří. Dále definuje čtyři příčiny vzniku agrese. První příčinou je frustrace, druhou je reakce na stud nebo jiný zármutek, třetí příčinou může být snížení mentálních schopností vlivem nemoci a čtvrtou příčinu hledáme již v dětství, kdy jsme reagovali různě na určité situace a dospíváním jsme si na ně tvořili nějakou reakci⁷⁶

Problémy v chování bývají nejčastější zátěží u pečujících osob a nejčastějším důvodem pro institucionalizaci osob trpících demencí. „*problémové chování vyjadřuje často snahu nemocného sdělit svoji potřebu. Vzniká tedy jako důsledek nedostatečného souladu mezi potřebami nemocného a schopností okolí (prostředí) těmto potřebám vyhovět.*“⁷⁷ Existují různé zdroje, ze kterých mohou pečující osoby čerpat. Komplexním zdrojem je například Česká alzheimerovská společnost o.p.s., která na svých webových stránkách www.alzheimer.cz poskytuje informace.

⁷⁴ JIRÁK, R; A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*. Praha: 2009, s.82

⁷⁵ JIRÁK, R; A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*. Praha: 2009, s. 87

⁷⁶ BUIJSSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: 2006, s. 71 – 73

⁷⁷ JIRÁK, R; A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*. Praha: 2009, s. 74

3. ADAPTAČNÍ PROCES V DOMOVĚ V PODZÁMČÍ

Adaptační proces v pobytových zařízeních pro seniory se začíná zařazovat do nabídek pobytových služeb pro seniory. Adaptační proces je neohraničený časový úsek, který je určen pro to, aby si nově příchozí klient zvykl na nové prostředí, nové sousedy, nové lidi jako pečující personál a další situace, které jsou pro něj nezvyklé. „*Adaptace – funkční přizpůsobení se změněným životním podmínkám.*“⁷⁸ V této kapitole bude popisován adaptační proces v Domově V Podzámčí – domov se zvláštním režimem, kde pracuji jako pečovatelka/adaptační pracovnice⁷⁹. Budu tedy vycházet z dostupné odborné literatury a svých praktických zkušeností, které pokládám za velmi cenné a přínosné.

3.1 Domov V Podzámčí

Domov V Podzámčí se nachází v Chlumci nad Cidlinou a je registrovanou sociální službou dle zákona o sociálních službách. Jeho zřizovatelem je Královéhradecký kraj. Domov V Podzámčí nabízí sociální služby, konkrétně domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, odlehčovací službu a chráněné bydlení. Domov se zvláštním režimem je definován v zákoně 108/2006 Sb. „*V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.*“⁸⁰ Služby domova jsou určeny pro seniory trpící některým z druhů demencí. Domov V Podzámčí poskytuje lůžka pro 76 klientů (viz příloha č. 3). Pro klienty jsou k dispozici jedno a dvoulůžkové prostorné pokoje. V Domově V Podzámčí pracuje s klienty 6 zdravotních sester, 25 pracovníků přímé péče v nepřetržitém provozu. Dále 2 sociální pracovníce, 3 aktivizační pracovníce, rehabilitační pečovatelka a pečovatelka/adaptační pracovnice, které pracují ve všední dny.

Domov V Podzámčí má zájem o to, aby bylo o seniory, kteří se o sebe nemohou z nějakého důvodu starat sami a tuto péči není schopna zajistit ani rodina, postaráno. „*Posláním naší služby je prostřednictvím pobytové sociální služby poskytovat podporu, pomoc a péči seniorům s demencí, kteří již nejsou schopni sami ani s pomocí rodiny a dostupných sociálních*

⁷⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: 2012, s. 47

⁸⁰ *Zákon o sociálních službách*. In: . Praha, 2006. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

či jiných služeb zvládat ve svém domácím prostředí důstojný život.“⁸¹ Vedení Domova V Podzámčí se snaží o to, aby bylo poskytování služeb co nejkvalitnější za pomoci kvalifikovaného personálu, hezkého prostředí zařízení a jeho okolí. Domov V Podzámčí aktivně pracuje na standardech kvality a vypracovávání metodik a jako velké plus hodnotím zapojování všech pracovníků zařízení, do tvorby a úprav těchto dokumentů. Pracovníci jsou se změnami seznamováni na poradách, kde je vysvětlováno, k jaké změně a z jakého důvodu došlo. Standardy kvality jsou povinné pro všechny poskytovatele registrovaných sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb.

3. 1. 1 Kritéria pro přijetí nového klienta

Jak je uvedeno výše, služba domova se zvláštním režimem je určena pro osoby starší 60 let, trpícího některým z druhů demencí. Přednost mají zájemci, kteří mají trvalý pobyt v Královéhradeckém kraji. Pokud má klient (v případě klienta s vysokou poruchou kognitivních funkcí se jedná s rodinou klienta) zájem o umístění do Domova V Podzámčí, podá si žádost, která je k dispozici v zařízení nebo na webových stránkách zařízení www.domov-podzamci.cz. Pokud žádost splňuje výše uvedené podmínky, je zájemce o službu seznámen se všemi informacemi a podmínkami ohledně poskytování sociální služby. Sociální šetření provede sociální pracovnice zařízení v místě faktického pobytu seniora. Sociální pracovnice se zaměřuje na oblasti soběstačnosti, kognitivní funkce a další individuality seniora, které budou důležité v eventuelním pobytu seniora v zařízení. Sociální pracovnice během šetření zjišťuje, zda je zařízení schopno zajistit péči právě tomuto zájemci o službu. Pokud senior během šetření splní podmínky, je zařazen do listiny čekatelů na službu. Domov V Podzámčí nemůže službu poskytnout v případě naplnění kapacity, pokud si klient/rodina klienta žádá takové služby, které není zařízení schopno poskytnout nebo v případě, kdy zdravotní stav zájemce neumožňuje poskytnutí nabízené sociální služby.⁸²

⁸¹Zpráva o činnosti organizace za rok 2015 [online]. CABADAJOVÁ, Jana. Chlumec nad Cidlinou, 2015, s. 25 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: <http://www.domov-podzamci.cz/files/userfiles/files/v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1va%202015%20celkov%C3%A1.pdf>

⁸²Zpráva o činnosti organizace za rok 2015 [online]. CABADAJOVÁ, Jana. Chlumec nad Cidlinou, 2015, s. 25 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: <http://www.domov-podzamci.cz/files/userfiles/files/v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1va%202015%20celkov%C3%A1.pdf>

3. 1. 2 Nabídka služeb Domova V Podzámčí

Domov V Podzámčí má pro své klienty a jejich blízké podrobně rozepsanou nabídku služeb. Dá se říci, že všechny body nabídky se promítají do adaptačního procesu. V této kapitole budou jednotlivé služby popsány teoreticky a v kapitole 3. 2. 4. je popíši z pohledu adaptační pracovníce a jak s nimi pracuje v praxi s klienty. Nabídka služeb Domova V Podzámčí je rozdělena do 10 základních bodů.

1. **Základní sociální poradenství:** zařízení poskytuje základní sociální poradenství nejen svým klientům, ale i veřejnosti. V rámci základního sociálního poradenství zájemce obdrží obecné informace o sociálních službách, oblasti sociálních dávek, práv a povinností jedince v případě čerpání sociálních služeb/dávek a poradenství pro pečující osoby
2. **Podpora – péče – pomoc:** jde o situace, kdy je pracovník aktivní pouze v takové míře, v jaké je potřeba vzhledem k schopnostem a dovednostem klienta. Podpora je nejmenší intervence ze strany pracovníka, kdy klient potřebuje pouze dohled či malou dopomoc. Péče je dělená tzv. půl na půl, kdy klient potřebuje větší míru dopomoci ze strany personálu. Pomoc je situace, kdy je klientovi poskytována vysoká míra asistence.
3. **Pomoc při zvládání běžných úkonů péče:** zde se zohledňuje výše uvedená podpora-péče a pomoc. Pracovník je u klienta přítomnem a aktivní v takové míře, jakou klient potřebuje. Jedná se o úkony oblékání a svlékání; přesun z/na lůžko či vozík; podávání stravy a pití; prostorové orientace.
4. **Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:** kde jsou popsány tři hlavní body, kterými jsou - pomoc při úkonech osobní hygieny, při základní péči o vlasy a nehty, pomoc při použití WC.
5. **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:** kdy domov poskytuje běžně dostupné služby nebo je zprostředkovává. V budově je k dispozici kadeřnice, pedikérka, konají se zde bohoslužby a dochází zástupci majoritních církví. Dále domov odebírá denní tisk, ve společenských místnostech jsou k dispozici televize a klienti mají k dispozici PC s připojením na internet. Druhým důležitým bodem je pomoc při obnovování nebo upevňování kontaktů s rodinou nebo pomoc a podpora při sociálním začleňování za pomoci různých aktivit konaných v domově a mimo domov.
6. **Aktivizační činnosti:** jsou v domově dostupné ve všední dny od 7:30 – 15:00 a organizují je aktivizační pracovníce. Program akcí je pro klienty vyvěšen na nástěnkách a každá aktivita je dopředu hlášena rozhlasem v domově. Poskytovanými činnostmi

jsou pracovní terapie skupinové cvičení, skupinové zpívání, zooterapie, kuželky, stolní hry a další.

7. **Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:** v této nabídce jsou zahrnuty menší nákupy provedené pracovníkem; zajištění návštěvy úředníka; pomoc při vyřizování sociálních dávek; pomoc při změně trvalého pobytu a další zajištění důležitých věcí, které jsou mimo domov.
8. **Poskytnutí stravy:** strava je v domově zajištěna, odpovídá potřebám seniorů a jejich dietním potřebám. Klientům domova jsou poskytovány 3 hlavní jídla a odpolední svačina. V případě klientů s diabetickou dietou je poskytována ještě druhá večeře. Klienti mohou mít v domově vlastní potraviny, které si mohou uložit do lednice v kuchyňce a mohou využít mikrovlnou troubu a rychlovarné konvice.
9. **Poskytnutí ubytování:** klienti jsou ubytováni v jedno nebo dvoulůžkových pokojích. Každý klient má polohovací lůžko, dle potřeb jsou k dispozici antidekubitní matrace. V pokoji má každý klient svou šatní skříň s uzamykatelným trezorkem, noční stolek a vitrínu. Pokoj si může klient vyzdobit dle svého přání. Po dohodě s personálem domova je možné mít pokoj vybavený vlastním nábytkem. Klient má možnost mít v pokoji televizi. domov je sledován kamerovým systémem, který zajišťuje bezpečí seniorů, nejsou nahrávány záznamy. domov poskytuje společné prostory pro společenské akce, setkávání s rodinou a přáteli atp. V rámci pobytových služeb je i úklid pokojů, praní a drobné opravy oblečení klienta.
10. **Zdravotní péče:** je zajištěna odborným zdravotnickým personálem. Klient má možnost si zvolit smluvního praktického lékaře domova, který dochází jednou týdně. V případě akutních zdravotních potíží se lékař kontaktuje telefonicky, popřípadě je zavolána rychlá záchranná služba. Zdravotní personál spolupracuje s pečovatelkami.⁸³

3.2 Adaptace v Domově V Podzámčí

Pracovníci Domova V Podzámčí vnímají adaptaci klienta jako klíčovou pro spokojený život v zařízení, což vyplývá z dotazníkového šetření, které je součástí praktické části mé diplomové práce. Adaptační proces byl dříve úkolem klíčových pracovníků. Při kontaktu s novými klienty a při kontrolách individuálních plánů vyplynulo, že by bylo vhodné klientům

⁸³NABÍDKA SLUŽEB [online]. CHLOUPKOVÁ, Soňa. Chlumec nad Cidlinou, 2014, s. 14 [cit. 2016-06-29].

Dostupné z: <http://www.domov->

podzamci.cz/files/userfiles/files/Nab%C3%ADka%20slu%C5%BEeb%20ZR%203%202014.pdf

v adaptaci věnovat více péče. Umístění do zařízení znamená pro seniora velkou změnu v životě a má vliv na jeho styl života. Hlavními zátěžemi při přestěhování do domova jsou podle Vágnerové **ztráta osobního zázemí, náznak ztráty autonomie, signál blížícího se konce života**.⁸⁴ V praxi lze vypožorovat, že obavy a nejisté chování nových klientů se opravdu týká kolem těchto tří bodů. Klienti si hlídají osobní věci, zpočátku si je schovávají mimo dohled pro ně cizích lidí, pečovatelů. Obava a očekávaná ztráta autonomie u seniora nemusí nastat, pokud je pečující personál empatický a trpělivý. Seniori trpící demencí mají potíže v oblasti porozumění a vyjadřování. Zde se odráží můj názor, že každý pečující by měl znát minimálně základy problematiky gerontologie a geriatrie. Vnímání blížícího se konce života je dle mého názoru velmi individuální. Někteří seniori, kteří jsou v Domově V Podzámčí noví, vnímají smrt jako přirozenou a chtějí se o ní bavit. Další skupinka seniorů jsou ti, kteří se smrti velmi obávají, je to pro ně velké tabu a opravdu berou zařízení jako místo, kam přišli zemřít. Ani jedno, ani jiné, pojetí nevnímám jako špatné, jen je třeba toto téma pojmenovat zpočátku velmi citlivě a podle toho s klientem jednat.

3. 2. 1 Adaptace seniora na umístění do Domova V Podzámčí

Adaptace seniora na nový domov ovlivňuje klientovo rozhodnutí, zda jde o dobrovolné či nedobrovolné umístění. Vágnerová ve své knize popisuje procesy adaptace z obou pohledů, dobrovolného a nedobrovolného umístění seniora do zařízení. **Adaptaci na dobrovolný odchod do domova** popisuje jako méně problematickou, avšak i v tomto případě mohou nastat problémy. Při dobrovolném nástupu prochází většinou klient ještě dvěma fázemi. První fází je fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu, kdy dochází u seniora na zvykání si na nové prostředí. Z jeho strany můžou přijít negativní emoce a prožitky. Stane se, že se často vrací do minulosti. Je důležité dbát na to, aby první zážitky a zkušenosti v domově byly pozitivního ladění. Druhou fází je přijetí nového životního stylu. Ač si klient na nové prostředí zvykne, získá nové sociální kontakty, je velmi obtížné, aby instituci považoval za vlastní domov.⁸⁵ Takovou situaci si může každý pečující představit i na sobě a díky tomu se vcítit do klienta. Klient byl doma zvyklý na jiný časový harmonogram, nebyl zvyklý, že by se o něj stále někdo staral. Může se stát, že při nastavování podpory – péče – pomoci bude klient nepříjemný a můžou hrozit konflikty. Je třeba s klientem komunikovat, aktivně naslouchat a snažit se zjišťovat, co by jak chtěl.

⁸⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: 2007, s. 419

⁸⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: 2007, s. 423

Nedobrovolné umístění do instituce popisuje Vágnerová ve třech fázích. Tyto fáze jsou podobné dětské separační úzkosti. Je to vlivem vytržení seniora z jeho přirozeného prostředí, od zdrojů jistoty. První fází je fáze odporu. Může se projevovat nepříjemným vyjadřováním klienta až jeho agresivitou. Senior je v této fázi nepříjemný na osoby, které se kolem něj pohybují, jelikož rodina není přítomna. Senior prožívá pocity frustrace vzhledem ke změně přirozeného prostředí. V druhé fázi dochází k apatii a zoufalství. Senior zjistí, že jeho odpor nemá smysl, uchýlí se k apatii. Nemá o nic zájem, nechce nic dělat. Takový postoj může člověk zaujímat až do své smrti. Úmrtí klienta, který je v domově pro seniory krátce, není neobvyklé. Třetí fáze je pozitivní. Klienti, kteří překonají apatickou fázi, se přijatelně adaptují na nové prostředí domova. Dochází k němu navázáním pozitivního vztahu. Jde buď o někoho z personálu, spolubydlící, popřípadě nějaké zvířátko v domově. V adaptaci člověk dosáhne pohodlí a zvládnutí režimu dne.⁸⁶

Výše popsané situace se dějí i v Domově V Podzámčí. Je třeba pracovat na adaptaci s oběma typy klientů. Není vhodné přeceňovat klienta, který je v zařízení dobrovolně. Jde přeci jen o velký zásah do integrity člověka. Klient částečně ztrácí svou intimitu. Jsou určité povinnosti domova, které musí plnit. Je třeba s těmito povinnostmi pracovat a nastavovat je tak, aby byl klient spokojený. Jde o situace především u klientů soběstačných, kteří jsou ale vlivem nemoci nebo například poruchou nějaké sebeobslužné dovednosti omezeni v péči o svou osobu. U nedobrovolně umístěného klienta je třeba dbát na nepřehlcení informacemi. Zpočátku se věnujeme především jeho prožívání. Lze odložit některé informace, které bychom běžně sdělili při přijetí klienta. Většinou se lze s klientem domluvit, zda ho určité informace zajímají, nebo chce čas, aby si nejdříve zvykl na nové prostředí.

Adaptace klienta trvá různě dlouho dobu. Nelze obecně říci, jak dlouho by měl trvat správný adaptační proces. Zpravidla se jedná o minimálně jeden měsíc. Klientův „běžný den“ se může ustálit během dvou - třech týdnů, klient se může jevit spokojeně a přichází pocit ze strany personálu, že je klient zadaptovaný. Domnívám se, že jde o adaptaci psychickou na změnu prostředí jako takovou. Ovšem během času se často vyskytnou další problémy, které se utvoří až za nějakou dobu pobytu. Proto sama jako adaptační pracovnice dbám na to, aby měl klient čas na dostatečně dlouhou a podrobnou adaptaci a adaptační období ukončuji u některých klientů postupně. Adaptační pracovnice může adaptaci provádět kvalitně, snažit se, aby se klient zadaptoval na novou situaci, ale k úspěšné adaptaci nemusí nikdy dojít. (viz výše „nedobrovolné umístění od instituce). Postupné ukončování adaptačního procesu je důležité

⁸⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: 2007, s. 422 - 423

například u lidí, kteří si adaptační pracovníci oblíbili a jsou na něj zvyklí jako na důvěrníka a osobu, která se k nim chová hezky. Klienti adaptační pracovníci vídají v adaptaci velmi často, proto se zde vytvoří důvěra a vztah a je třeba s tímto faktorem pracovat, a ne hned člověka „opustit“. Adaptační proces je tedy něco, čemu můžeme dát formu, lehkou strukturu. Vzhledem k tomu, že se v adaptačním procesu pracuje s lidmi, je třeba brát velký zřetel na individualitu toho dané klienta.

3. 2. 2 Faktory ovlivňující adaptaci v Domově v Podzámčí

Faktory, které ovlivní adaptaci seniora na nové prostředí, jsou opět velmi individuální. Pokud budu vycházet ze své praxe, lze určit faktory, které se vyskytly nebo vyskytují u více seniorů. Faktory ovlivňující adaptaci seniora by se mohly dělit na pozitivní a negativní. Vzhledem k diagnóze seniorů v Domově V Podzámčí je jedním z problémů, který pocítí klient i pečující, již zmiňovaná změna v porozumění a vyjadřování. Není žádoucí, aby byl přiřazován problém v komunikaci pouze na straně klienta. Pečující musí své vyjadřování přizpůsobit potřebám a možnostem klienta.

Za pozitivní faktory lze z mé praxe označit takové faktory, které umožňují klientovi cítit se dobře a "jako doma". Domov V Podzámčí se o tuto pohodu u klientů snaží například tím, že si klienti mohou do určité míry zvelebit svůj pokoj, například dle fotek v příloze (viz. Příloha č. 4). Nesmí to ovšem překážet personálu, popřípadě spolubydlícím. Jedna z klientek má v domově i svůj větší nábytek jako křesla, peřinák apod. K pohodlí klienta v novém prostředí patří to, že bude klient dostatečně seznámen s chodem a prostory domova. O to se stará zejména adaptační pracovnice po nástupu klienta do domova. Faktor, který bude mít velmi pozitivní vliv na přestěhování seniora a bude vřelý a laskavý přístup personálu. Je třeba si uvědomit, že se pečující personál stará o dospělé osoby. Jak je uvedeno o kapitole výše, k pozitivním faktorům řadím také fakt, že je senior seznámený, nejlépe od rodiny, do jakého zařízení jde a že se jedná o jeho nový domov. Při přijímání nového klienta jsem nejednou od rodiny dostala za úkol tuto nově vzniklou situaci postupně vysvětlit. Klienti berou pracovníky jako cizí osoby a nevěří jim. Neustále se odvolávají na své příbuzné, že si pro ně brzy přijedou. Takový fakt velmi stěžuje a oddaluje úspěšnou adaptaci.

Mlýnková se ve své knize věnuje problémům týkajících se komunikace. **Překážky na straně klienta v komunikaci** mohou být způsobeny tím, že je senior unavený a nechce aktuálně sdělovat žádné informace. Další možností je, že nevěří pečovateli, jak s informacemi naloží, vzhledem k tomu, že jde o nového člověka, který je pro klienta zatím cizí. Další bariéry

mohou být somatického původu. Klient může cítit bolest, být nedoslýchavý, mít poruchu řeči, pokročilé stadium demence. Další překážkou jsou psychické bariéry, ke kterým řadí prožívání strachu, úzkosti a stresu z nového prostředí. Jako poslední překážku uvádí neochotu hovořit na intimní témata. K těmto tématům se řadí vztahy v rodině, osobní hygiena, používání toalety a inkontinenčních pomůcek apod. Je nutné brát v potaz, že překážky mohou nastat i **na straně pečovatele**. Pečovatel se bojí citlivých témat, neví, jak o nich s klientem hovořit. Nechce se dovídat žádné informace, zde si musí dávat pracovník pozor na sebestřednost a upřednostňování vlastních problémů. Velkým problémem je nedostatek času na komunikaci s klientem. A nelze opomenout negativně změněnou péči o nesympatického a vulgárního klienta, která se může ze strany pečujícího projevit.⁸⁷ Především v komunikaci platí stále opakovaný důraz na trpělivost a čas. Je vhodné sledovat klientovy neverbální projevy. Vlivem demence je řeč porušena, ovšem neverbální projevy jsou zřetelné a odpovídají dané situaci. Proto je důležité i takové situace brát na zřetel.

3. 2. 3 Adaptační pracovnice

Adaptační pracovnice má v pracovní smlouvě zařazení pozice pečovatelky. Primárně jde tedy o pracovníci v sociálních službách. Náplň práce se mění ve chvíli, kdy je do zařízení přijat nový klient. V metodickém pokynu „Pravidla pro individuální plánování“ je uvedena náplň práce adaptační pracovnice: (pozn. v celé práci je využíván ženský rod, pouze zde použiji mužský rod, pro dodržení doslovné citace)

- *je zodpovědný za vedení adaptace klienta*
- *provádí běžné činnosti s klientem po dobu adaptace (hygiena, doprovod, pomoc při podávání stravy)*
- *spolupracuje s ostatními pracovníky: úzce spolupracuje s **klíčovou pracovnící klienta**, předává mu informace o klientovi a to ústně a prostřednictvím záznamových listů o adaptaci a individuálního plánu*
- *spolupracuje i s dalšími pracovníky jako sociální pracovnice, sestra, aktivizační, kuchyň, prádelna, údržba – pomáhá klientovi se zajištěním jeho potřeb*
- *s týmem diskutuje o **termínu ukončení adaptace** a ten zaznamená do Záznamového adaptačního listu – má hlavní slovo v určení tohoto termínu (resp. hlavní slovo má klient, je-li schopen toto určit)*

⁸⁷ MLÝNKOVÁ, J. *PÉČE O STARÉ OBČANY – Učebnice pro sociální činnost*. Praha: 2011, s. 53-54

- *zejména z rozhovoru s klientem a z pozorování vychází při stanovení cílů klienta, řešení jeho nepříznivé sociální situace, zjišťuje jeho přání a potřeby a aktivně mu pomáhá naplňovat ty, které jsou v souladu s nabídkou služeb sociální služby*⁸⁸

Adaptační pracovnice je osoba, která se věnuje novému klientovi v zařízení po určitou dobu, než se klient zadaptuje. Adaptační pracovnice je v kontaktu s klientem každý všední den, v časovém rozmezí od 6:30 – 15:00. Adaptační pracovnice zajišťuje provádění běžných činností s klientem. Pro inspiraci zde uvádím harmonogram dne pracovníka s klientem v adaptaci. Harmonogram dne bude popisován tak, jak opravdu funguje v praxi a v případě jednoho klienta v adaptačním procesu. Budu zde používat zkratku AP (adaptační pracovnice).

6:30 > převzetí hlášení od noční směny o klientovi

6:35 – 8:00 > AP je přítomna u ranní toalety, kde se od prvního dne nastavuje míra podpory – péče – pomoci. AP má na klienta čas, proto může zjišťovat, jak je klient schopný, jaké jsou jeho sebeobslužné dovednosti. V případě potřeby pomůže nebo vymění inkontinenční pomůcku, doprovodí na WC. Podle soběstačnosti klienta odnese buď on nebo AP špinavé prádlo do shozu do prádelny. U klienta, který nebude ležet v lůžku, pomůže AP zastlat.

8:00 – 9:00 > Příprava na snídani a snídane. Podle možností a přání klienta doprovodí AP klienta do jídelny. Pokud se jedná o imobilního klienta, který se nevysazuje do křesla, pomůže AP klientovi, aby byl v lůžku vhodně připraven na snídani – ležel rovně na zádech a dostatečně vysoko v lůžku se zvednutou hlavou. Poté AP zjišťuje míru soběstačnosti klienta v přípravě snídane. Pokud je klient soběstačný, podá mu jídlo na stůl a odchází. Pokud se jedná o klienta s poruchou soběstačnosti, AP klientovi po domluvě připraví jídlo dle přání klienta, popřípadě klientovi asistuje a vkládá mu jídlo do úst. Když je klient najedený, tak AP imobilního klienta pomůže napolohovat tak, aby se mu leželo příjemně.

8:45 – 9:00 > krátká porada týmu

9:00 – 11:00 > AP se věnuje novému klientovi. Zde záleží na individualitě klienta, co zrovna potřebuje, jaký je jeho zdravotní a psychický stav apod. Pokud se jedná o první dny v zařízení, snaží se AP seznámit klienta s prostory a okolím zařízení. Imobilního klienta, pokud možno alespoň na krátký čas, vysadí do invalidního nebo geriatrického křesla. Mluví s klientem o věcech, které ho buď zajímají, které by potřeboval vědět nebo o kterých chce mluvit sám klient. Pokud si klient přeje, doprovodí jej AP na skupinové aktivity od 9:30, kterými jsou pracovní terapie, skupinové cvičení a v pátek skupinová zpívání. V 10:30 – 10:45 vyzvedne AP klienta z aktivity a doprovodí jej do pokoje nebo do jídelny, imobilního klienta přepolohuje,

⁸⁸ *Metodický pokyn – pravidla pro individuální plánování*. Chlumec nad Cidlinou: 2015, s. 2

11:30 – 12:00 > AP s klientem reflektuje dopoledne, řeší se situace, které by si klient představoval jinak nebo návrhy, co klientovi chybí. AP doprovodí klienta do jídelny, imobilního klienta nachystá k obědu.

12:00 – 12:30 > rozdání oběda klientovi. Pokud je klient soběstačný, podá mu jídlo na stůl a odchází. Pokud se jedná o klienta s poruchou soběstačnosti, AP klientovi po domluvě připraví jídlo dle přání klienta, popřípadě klientovi asistuje a vkládá mu jídlo do úst. AP odnese táč s talířem.

12:30 – 13:00(30) > Když je klient najedený, tak AP imobilního klienta pomůže napolohovat tak, aby se mu leželo příjemně; pomůže klientovi přesunu z vozíku do lůžka; mobilního klienta doprovodí, ve většině případů je nutná pomoc, aby mohl klient odpoledne odpočívat v lůžku. Záleží na přání klienta.

13:00 (30) – 14:00> pomoc při přesunu na vozík; rozhovor s klientem; uspořádání pokoje a osobních věcí dle zvyklostí klienta. Aktivita dle individuálního přání klienta.

14:00 – 14:45> výměna inkontinenčních pomůcek, doprovod na WC. Podání svačiny. Reflexe dne s klientem. Rozloučení se.

14:45 – 15:00 > zápis AP do tiskopisů adaptace, odchod AP domů.

Adaptační pracovnice provede ideálně v průběhu dne nebo ke konci pracovní doby zápis do tiskopisů. Jedná se o dva papíry, které se jmenují „Běžný den“ a „Obecná adaptace“. Tiskopis s názvem Běžný den se zaměřuje na aktivity vykonávané během dne. Pokud se režim ustálí, převede adaptační pracovnice tento harmonogram do tiskopisu z individuálního plánu s názvem Můj běžný den. Obecná adaptace se zaměřuje na: postupné seznamování s chodem domova, důležitými právy a povinnostmi; ne/spokojenost se stravou a ubytováním (spolubydlení, úklid, péče o prádlo, uspořádání pokoje, označení aj.); témata rozhovorů; reakce klienta na přechod do domova - nespavost, plačtivost, odcházení ze zařízení, náramek, noční kontroly personálu, psychický stav aj.; ne/orientovaný klient kognitivní funkce, orientace v čase a prostoru, kvalita rozhovoru); Reakce rodiny, přání rodiny. Adaptační pracovnice zakládá co nejdříve tiskopisy týkající se cílů a rizikového plánu (viz kapitola 3. 3. 1.). Tiskopisy, které si vede adaptační pracovnice, jsou volně dostupné pro ostatní personál, aby mohl nahlédnout v případě potřeby, o víkendech atp. a zjistil informace o klientovi, které potřebuje. A samozřejmě jsou připravené i pro zápisy ostatního personálu, vzhledem k pracovní době a taky může mít s klientem jiné zkušenosti a zážitky, než adaptační pracovnice. Tiskopisy jsou stále v pracovní verzi. Podle přibývajících zkušeností s novými klienty se upravují do takové podoby, aby byly pokud možno co nejuniverzálnější pro všechny typy klientů.

Adaptační pracovnice si v případě potřeby vyžádá pomoc kolegyně. Je tomu tak v případě imobilního klienta, u kterého potřebuje pomoci provést ranní hygienu, napolohovat nebo potřebuje pomoci s přesunem klienta z lůžka na vozík či obráceně. Na průběhu dne je také závislý počet pracovníků v daný den v práci. Adaptační pracovnice se nemůže věnovat novému klientovi na úkor ostatních klientů v zařízení. Proto je průběh dne velmi individuální, ale bere se samozřejmě na zřetel aktuální stav klienta. Výše popsany harmonogram dne nemusí platit u všech klientů a každý den stejně. Jde o přibližné nastavení dne v prvních dnech pobytu v zařízení pro nastavení a zjištění soběstačnosti a potřeb klienta. Aby se u klienta dodržoval nastavený režim, předává pravidelně adaptační pracovnice informace o klientovi a jeho zvyklostech každý den při odchodu a na poradách k individuálním plánům (viz kapitola 3. 3. 3.).

Nástroj, který používá nejen adaptační pracovnice, a je následně součástí individuálního plánu je Test kognitivních funkcí - Mini Mental State Exam, známý pod zkratkou MMSE. PŘÍLOHA!!! „*Test MMSE vyšetřuje některé základní neuropsychologické funkce poškozené syndromem demence – paměť, časoprostorovou orientaci, orientaci osobou, řeč a jazyk. V testu je možné dosáhnout nejvíce 30 bodů. Hranicí, která odděluje lidi nedementní od dementních, je počet 23 bodů.*“⁸⁹ U osob trpících demencí nemusí být po počátečním rozhovoru jasné, jaké jsou jejich kognitivní funkce. Test MMSE při správném provedení adaptační pracovníci ukáže, jak na tom klient ve skutečnosti je. Provedení a vyhotovení testu není složité, je třeba mít na něj vyčleněn dostatek času, klidné prostředí a dodržovat zadání.

Jako velké riziko vnímám riziko závislosti klienta na adaptační pracovnici. Adaptační pracovnice tráví s klientem velkou část jeho dne. Adaptační pracovnice se snaží respektovat klientovo tempo. Věnuje se jeho potřebám a přáním. Klienti si ji často oblíbí a cíleně vyhledávají. Je proto třeba od začátku tomuto riziku pokud možno předcházet.

3.3 Individuální plánování v Domově V Podzámčí

Individuální plánování je součástí zákona 108/2006 Sb, V tomto zákoně udává poskytovatelům sociálních služeb povinnost: „*plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a*

⁸⁹ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: 2004, s. 43

*zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů,*⁹⁰ Individuální plánování je v Domově V Podzámčí na vysoké úrovni. Na zkvalitňování individuálních plánů pracují všichni klíčoví pracovníci. Pečlivé a kvalitní vyplňování individuálních plánů, má velký význam pro klienta a může mu být velmi prospěšným pro spokojený život v zařízení. Individuální plánování je kontrolovanou oblastí z krajského úřadu i od Ochránce práv. I proto je důležité kvalitní provedení a vedení individuálního plánování.

Velmi důležitou informací, která musí být v individuálním plánu klienta uvedena, je provedené **restriktivní opatření**. Restriktivní opatření je definováno zákonem 108/2006 Sb. Je zde popsáno, že nelze používat restriktivní opatření, pokud máme podezření, že by se mohlo něco přihodit. Pokud máme nějaké podezření, používáme nejdříve preventivní opatření. Například pokud se obáváme, že klient, který je částečně nebo plně mobilní mohl v noci spadnout z postele, vzhledem k neklidu spojenému s nemocí, dáme nejdříve k posteli matrace, které by v případě pádu zabránily zranění klienta. Pokud by se tato situace opakovala, lze provést restriktivní opatření, které musí být někde evidováno. V Domově V Podzámčí se restrikce zapisuje do individuálního plánu, do tiskopisu Rizikový plán (viz 3. 3. 1.).

3. 3. 1 Individuální plán v Domově V Podzámčí

Pro péči významný a kvalitní individuální plán vnímám výše zmiňovanou potřebu znalosti oblasti gerontologie a geriatrie. Klíčová pracovníce dokáže lépe definovat oblasti změn v životě seniora, poruchy kognitivních funkcí a další důležité oblasti, které by měl u klienta znát každý pečující. Individuální plánování je proces, který se stále mění a vyvíjí. Individuální plán je třeba vést nikoli jako složku o člověku, ale jako „příručku“ pro to, jak pomoci klientovi v udržení co nejvyšší míry soběstačnosti a jak mu dělat pobyt v Domově V Podzámčí příjemným.

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách je důležitá pro prevenci před případnými problémy při kontrolách. Ukládá zařízením rozsah úkonů, které by měla poskytovat, a také popisuje kritéria pro individuální plány. Celkem vyhláška ukládá pět kritérií, kterými jsou:

- a) *Poskytovatel má písemně zpracovaná vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje*

⁹⁰ Zákon o sociálních službách. Praha, 2006. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

- b) *Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;*
- c) *Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle;*
- d) *Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance*
- e) *Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.⁹¹*

Obsahem individuálního plánu v Domově V Podzámčí je:

Úvodní strana – kde je uvedeno jméno klienta, jméno klíčové pracovnice a jeho zástupce, datum nástupu do zařízení, ve kterém pokoji klient bydlí, kde má trvalé bydliště, kdo může nahlížet do jeho plánu. Tuto část vyplňuje s klientem adaptační pracovnice, pokud je v den nástupu klienta ve službě. Na úvodní straně se vyplňuje varianta, zda je klient orientovaný nebo neorientovaný. Tuto skutečnost je třeba zjistit do 1 měsíce, například pomocí testu MMSE. Na úvodní straně je prostor pro podpis klienta.

Jak komunikuji – v tomto tiskopise se uvádí informace o klientových smyslech a jejich případných nedostatcích. Je zde zaznamenáno, zda klient dobře vidí a slyší a jestli používá nějaké smyslové kompenzační pomůcky. Zda je schopen mluvit a porozumět, popřípadě jaké neverbální způsoby komunikace používá. Pokud je zde porucha nějakého smyslu, vyplňuje tiskopis adaptační pracovnice, aby bylo zřejmé, jak klient komunikuje.

Sledování nespokojenosti osob, které nejsou schopny použít běžný postup podání stížností – kritériem pro tento tiskopis je opět test MMSE. Je určen pro klienty, kteří nejsou schopni vlivem své nemoci podávat stížnosti. Tuto roli za ně zastává jejich klíčová pracovnice. Dalo by se říci, že se jedná o projevy libosti a nelibosti klienta na určité úkony péče či nespokojenosti s něčím v zařízení.

Na čem jsme se domluvili – tento tiskopis je podepisován klientem. Klient se může rozhodnout, kde chce mít uloženy doklady a léky, zda na sesterně či u sebe. Zda má klíče od pokoje a od trezorku ve skříni. Jelikož jde o velmi důležité informace, vyplňuje tuto část adaptační pracovnice při nástupu klienta do zařízení. Je zde také prostor pro zaznamenání zajišťování nákupů, zda si bude nákupy zajišťovat rodina, sociální pracovnice nebo dle domluvy kombinace. Jde především o nákupy vod, mýdel a šampónů. Na stejný papír se

⁹¹ Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: . Praha, 2006. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

zaznamenává seznámení klienta s domácími pravidly vzájemného soužití klientů a používáním signalizace.

Tabulka podpory – pomoci - péče – s ohledem na kvalitní péči o seniora vnímám tento tiskopis jako jeden z nedůležitějších. Zde se zaznamenává míra soběstačnosti klienta, v základních dovednostech jako stravování; hygiena; pohyb; oblékání a poznávací schopnosti. Klíčová pracovníce zde jednoduše graficky zakřížkuje míru dopomoci v určité oblasti a pod jednotlivé úkony rozepíše, jak a v čem je konkrétně třeba klientovi dopomoci (tyto informace předává adaptační pracovníce klíčové pracovníci ústně a v tiskopisu „Běžný den“).

Pomoc při uplatňování práv klienta, hájení jeho zájmů, obstarávání osobních záležitostí – tento tiskopis vyplňuje sociální pracovníce.

Můj běžný den – zde je přehledně uvedeno, jak tráví klient obecně den. Jedná se o zápis trávení průměrného dne. Záleží samozřejmě na aktuální náladě a zdravotním stavu klienta. Jde ovšem o to, aby i nová pečovatelka, či jiná pečující osoba, dokázala po přečtení tohoto tiskopisu dodržovat harmonogram dne klienta a nijak mu nenarušila jeho zvyklosti a rituály. Opět je zde místo pro popis míry dopomoci. Ve spodní části je prostor pro uvedení dne sprchy a koupání, převlékání postele a péči o nehty a vlasy. Pokud má klient již v adaptačním procesu ustálený „můj běžný den“, použije adaptační pracovníce tento tiskopis. Tato situace je u každého klienta individuální.

Moje setkávání s pracovníkem – zde jsou zapisovány návštěvy a rozhovory vedené s klientem. Jedná se o chvíle, kdy pečující stráví s klientem přiměřeně dlouhou dobu na to, aby se od klienta dozvěděl jeho pocity, ne/spokojenost nebo s ním vedl kvalitní rozhovor. Pro toto setkávání by si měl pečující vyhradit dostatečně dlouhou dobu, individuálně závislou na každém klientovi. Do tohoto listu může zapisovat kterýkoli pracovník, nejen klíčový. Klíčová pracovníce se má s klientem setkávat 1x za 14 dnů.

Potřeba (cíl) – je část individuálního plánu, která by měla být vyplňována za přítomnosti a po dohodě s klientem. Zapisují se sem dílčí potřeby, které jsou důležité pro žití klienta v zařízení. Může se týkat kterékoliv oblasti sebeobsluhy, přání a individuálních požadavků. Klíčová pracovníce po formulaci potřeby s klientem zapíše, o jakou potřebu se jedná, definuje ji a dopíše sem, jak budou pečující nápomocni při naplňování tohoto cíle. Jedná se o tiskopis, který se vyhodnocuje. Vyhodnocení probíhá individuálně a základě splnění, nesplnění nebo aktualizace cíle. Je třeba klást důraz na to, zda je možné tyto potřeby klientovi splnit.

Rizikový plán – slouží pro zápis rizik u klienta, která mohou vést k nějakému ohrožení jeho samého či okolí. Klíčová pracovníce zapisuje, k jakému riziku může u klienta dojít a

popíše míru ochrany ze strany pečujících. V tomto tiskopisu je také prostor pro definování restriktivních opatření, mezi která patří nejčastěji používání postranic v lůžku, pásání klienta v geriatrickém křesle a používání bezpečnostního náramku pro hlídání klienta před opuštěním zařízení.

Životní příběh – poslední list v individuálním plánu je velmi příjemný. Za pomoci klienta, popřípadě rodiny, sestavíme klientův životní příběh. Jak je uvedeno v průběhu této práce, klienti trpící demencí si pamatují dávnou minulost. Proto se dá tento životní příběh využít pro vedení rozhovoru s klientem, či pro případnou reminiscenční terapii.⁹²

Při tvorbě individuálních plánů vnímám jako velkou pomoc metodu SMART. Tuto metodu lze efektivně využít u cílů a rizikového plánu. Individuální plány se musí pravidelně revidovat. Revize se provádí každé tři měsíce nebo dle potřeby a změn u klienta.

Individuální plán je tedy plán tvořený čtyřmi faktory. Klientem, adaptační pracovníci, klíčovou pracovníci a ostatním pečujícím personálem (v malé míře i rodinou). Pokud spolupráce na tvorbě individuálního plánu funguje, lze dosáhnout harmonie v péči o klienta. Může sloužit například jako prevence poruch chování a emotivity vzhledem k uvedeným individualitám klienta, které jsou v plánu zaznamenávány.

3. 3. 2 Klíčová pracovníce V Domově V Podzámčí

V Domově V Podzámčí má klíčová pracovníce v péči maximálně 4 klienty. Většina pracovníků má momentálně tři klienty. Klíčovými pracovníci pro seniory trvale žijícími v zařízení jsou pečovatelky a zdravotní sestry (výjimkou je adaptační pracovníce, ta nemá roli klíčové pracovníce). Klíčová pracovníce je přiřazena před nástupem klienta do zařízení, aby si mohla klíčová pracovníce prostudovat informace získané při sociálním šetření a určitým způsobem se na klienta připravit. Při příchodu nového klienta se adaptační pracovníce představí a vysvětlí klientovi svou roli. Je třeba dbát na rozumové schopnosti klienta.

Vedení Domova V Podzámčí usiluje o to, aby pracovníce přímé péče byly proškolené v konceptu bazální stimulace. Letos proběhl základní kurz v Domově V Podzámčí a stávající i nové pracovníce získaly certifikát o absolvování základního kurzu. Vzhledem ke znalostem konceptu bazální stimulace v zařízení považuji za vhodné, aby měl každý klient od své klíčové pracovníce vypracovaný plán bazální stimulace – tedy popsané místo pro iniciální dotek a místa, která má klient rád pro doteky a naopak (viz příloha č. 5).

⁹² Metodický pokyn – pravidla pro individuální plánování. Chlumec nad Cidlinou: 2015, příloha.

Klíčová pracovnice se s klientem setkává již v době adaptace. Představí se mu jako jeho zástupce, vysvětlí klientovi význam klíčové pracovnice a začne pracovat na vyplňování individuálního plánu. Některé tiskopisy má připravené od adaptační pracovnice. Jde především o tiskopisy, které klient podepisuje, nebo jsou z nějakého důvodu u toho daného klienta důležité. Do 14 dnů od nástupu seznámí klíčová pracovnice klienta s pravidly domova. „*Klíčový pracovník má tedy v organizaci funkci zástupce či velvyslance poskytovatele pro vyjednávání s uživateli o rozsahu a podobě individuálně poskytované sociální služby.*“⁹³ Mnoho informací o klíčové pracovnici je popsáno v průběhu celé práce.

Individuální plánování bývá často vnímáno ze strany klíčových pracovnic jako zatěžující administrativa. V praxi slýchám, že jsou stejně individuální plány k ničemu. Vnímají je jako byrokratický úkol a tvoří ho s velkou nevolí. Přístup klíčové pracovnice k individuálnímu plánu se pozná dle výsledku. Pokud jde o propracovaný a podrobně vedený individuální plán, je klient v zařízení spokojený a jsou naplněny všechny jeho potřeby.

Mnohdy se stává, že klíčová pracovnice nahradí klientovi člena rodiny. I přes to je třeba udržet profesionální vztah. Jde stále o pozici pečovatele – klienta a neměli bychom přistoupit na úplné zdomácnění. Z vlastní zkušenosti ovšem vnímám, že oslovení „babičko“ je některým klientkám příjemnější. I přes takové oslovení je vhodné stále udržovat formu rozhovoru ve vykání, ač mnoho klientek pracovnícím tyká. U mužů vnímám profesní vztah lehčeji udržitelný, sami udržují formu vykání.

3. 3. 3 Porady individuálních plánů

Porady nad individuálními plány vnímám v Domově V Podzámčí jako velmi kvalitní. Na začátku měsíce zašle vrchní sestra email na sesternu, kde je v příloze přiložen seznam individuálních plánů, které je nutné podrobit revizi. „*Plánování služby, jako proces, kontakt, dialog, ve kterém se setkává uživatel služby (na jedné straně) a klíčový pracovník jako zástupce poskytovatele (na druhé straně), totiž v sobě zúročuje veškerou kulturu, hodnoty a kvalitu postupy organizace a pracovního týmu.*“⁹⁴ Dovolím si tyto porady hodnotit jako velmi kvalitní. Struktura porady je taková, že klíčová pracovnice představí individuální plán svého klienta, kterého zastupuje. Sdělí jak dlouho je klient v zařízení, na jakém je pokoji, jak má barevně označené skříně. Dále klíčová pracovnice uvede nejdůležitější body jakou je podpora – pomoc

⁹³ VÍTOVÁ, M. Jak individuálně plánovat In: Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: 2011, s. 116.

⁹⁴ HAICL, M; HAICLOVÁ, V. Individuální plánování v sociálních službách ČR In: Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: 2011, s. 23.

– péče, sebeobslužné dovednosti a změny, které od poslední kontroly toho daného individuálního plánu vznikly.

Adaptační pracovnice dostane na poradě individuálních plánů prostor pro představení nového klienta. Představení probíhá podobně jako u klíčových pracovníků, ale je podrobnější, především co se týká přímé obslužné péče a rizikových oblastí.

Porady vnímám na jedné straně jako předcházení problémům při případné kontrole z krajského úřadu či od veřejného ochránce práv, a na druhé straně je to dle mého efektivní porada ohledně jednotlivých klientů. Je zde prostor pro diskuzi, zda má některá pracovnice připomínky či rady k tomu danému klientovi. Díky těmto poradám se přichází na komplikace při tvorbě individuálních plánů a díky tomu dochází za spolupráce metodičky a klíčových pracovníků k úpravám v tiskopisech individuálního plánu.

4. ADAPTAČNÍ PROCES Z POHLEDU PRACOVNIC DOMOVA V PODZÁMČÍ

V této kapitole představím realizaci výzkumu a své dotazníkové šetření.

4.1 Cíl výzkumu a tvorba hlavní výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjištění významu pomocí hlavní výzkumné otázky, která zní:

Tato otázka byla formulována na základě praxe adaptační pracovnice, že adaptační proces prováděný adaptační pracovníci má význam pro pracovníky, kteří vedou individuální plány. Vzhledem k tomu, že pozici adaptační pracovnice vykonávám a spolupracuji s klíčovými pracovníci, zaměřila jsem se primárně na jejich spokojenost s touto pozicí.

V ideálním případě by všichni pracovníci v Domově V Podzámčí, kteří vedou individuální plány, měli vnímat spolupráci s adaptační pracovníci jako přínosnou pro jejich práci a měli by adaptačnímu procesu vykonávanému adaptační pracovníci přikládat pozitivní význam, ale zároveň vnímat, že zde hrozí riziko závislosti.

Z tohoto důvodu by případný výsledek měl sloužit jako reflexe na nově vzniklou pozici (3. čtvrtletí 2015) adaptační pracovnice Domova V Podzámčí, která se věnuje nově přijatým klientům do zařízení a pomáhá při tvorbě individuálních plánů klíčových pracovníků.

Hlavní výzkumná otázka byla formulována takto:

4.2 Formulace dílčích výzkumných otázek

Předmětem hlavní výzkumné otázky je význam adaptační pracovnice. Adaptační pracovnice a adaptační proces byl v souladu s teoretickou částí této práce specifikován následovně:

1. Jde o základní poznatek, který nám může ukázat rozdílné názory na celkovou adaptaci. Na základě toho byla stanovena první otázka zjišťující, která zní: **vedou klíčové pracovnice individuální plány klientů, kteří prošli adaptací?**
2. Předchozí seznámení v praxi, kontakt s pojmem adaptační proces. Jde o poznatek, který by měl přibližně určit, jaký má adaptační proces význam pro klienta. Na základě toho byla stanovena druhá dílčí výzkumná otázka: **domnívá se pracovník, že má adaptační proces význam pro klienta, aby si zvykl na nové prostředí?**
3. Třetí dílčí výzkumná otázka se zaměřuje na zjištění potřeb podpory – péče – pomoci. Směřuje k získání poznatku o tom, zda dochází v adaptačním procesu ke zjištění individualit klienta. Třetí dílčí otázka zní: **Dochází v adaptačním procesu k zjištění**

individuálního přístupu ke klientovi, aby mohl žít spokojený život v Domově V Podzámčí?

4. Ranní směna je jedinou odlišností u adaptační pracovnice oproti ostatním pracovním v přímé péči. Čtvrtá otázka se zaměřuje na to, zda je tento fakt něčím odlišný v přístupu k novému klientovi od klíčových pracovníků. Čtvrtá dílčí otázka z toho vyplývá: **Je poznání klienta z pohledu adaptační pracovnice podrobnější a kvalitnější, než ze strany klíčové pracovnice?**
5. Vzhledem k náplni práce adaptační pracovnice, může novému klientovi nabídnout více času pro podporu jeho potřeb. Cílem další dílčí výzkumné otázky by mělo být, zda má adaptační pracovnice možnost nabídnout klientovi více pro spokojený život v Domově V Podzámčí. Pátá dílčí výzkumná otázka z toho vyplývá: **Má adaptační pracovnice možnost nabídnout větší míru spolupráce při vykonávaných činnostech oproti klíčové pracovnici?**
6. Hranice mezi klíčovou a adaptační pracovnící je jasně daná. Cílem další výzkumné otázky je, zda opravdu klíčové pracovnice vědí, jaký je pracovní harmonogram adaptační pracovnice, pokud je v Domově V Podzámčí nový klient. Šestá dílčí výzkumná otázka tedy zní: **Jakou znalost mají klíčové pracovnice o podílu času a činnostech, který věnuje adaptační pracovnice novému klientovi?**
7. Adaptační pracovnice tráví s klientem mnoho času. Další dílčí výzkumnou otázkou by mělo být vnímání pracovníků na případné riziko velkého přimknutí k adaptační pracovníci. Z toho plyne sedmá dílčí otázka: **Může častý kontakt adaptační pracovnice s novým klientem v adaptačním procesu vyvolat u klienta závislost?**
8. Spolupráce mezi kolegyněmi je žádoucí. Proto je vhodný subjektivní pocit pracovníků, zda někdy zažily patologický vztah mezi klientem a adaptační pracovnící. Z této zkušenosti vyplývá osmá dílčí otázka: **Zažila jste někdy u klienta závislost na adaptační pracovníci?**
9. Adaptační pracovnice má tento status pouze v době, kdy je v Domově v Podzámčí nějaký klient v adaptaci. Cílem další dílčí výzkumné otázky je zjistit, zda kolegyně ví, jaké povinnosti má adaptační pracovnice. Devátou dílčí výzkumnou otázkou tedy je: **Jakou znalost pracovní náplně adaptační pracovnice mají její kolegyně?**
10. Adaptační pracovnice se klientovi v adaptaci věnuje zpravidla pět dnů v týdnu. Cílem této otázky tedy je, zjistit zda zjistí za kratší čas více informací o klientovi, než klíčová pracovnice pracující na směny. Desátá dílčí otázka tedy zní: **Dokáže adaptační**

pracovnice ušetřit klíčové pracovníci čas svou prací s klientem v adaptaci při zjišťování informací?

11. Klíčová pracovnice pracuje na směny. Tím je podmíněna jedenáctá výzkumná otázka, a jejím cílem je zjistit, zda spolupráce adaptační pracovnice s klíčovou pracovnící urychlí tvorbu individuálních plánů. Jedenáctá dílčí výzkumná otázka tedy zní:
Dokážou klíčoví pracovníci odsouhlasit, že je tvorba individuálních plánů ve spolupráci s adaptační pracovnící rychlejší?
12. Vedení Domova V Podzámčí spolupracuje s pracovníky přímé péče, vede s nimi porady a předává informace o jednotlivých pozicích. Dvanáctou dílčí výzkumnou otázkou je: **Mají pracovníci v přímé péči dostatek informací o sestavování individuálních plánů za pomoci adaptační pracovnice?**
13. Ověřovací otázka vzhledem k možnosti nepochopení předchozích otázek. Tato otázka se jednodušeji dotazuje na komplexnost celého dotazníku. Třináctá dílčí výzkumná otázka zní: **Když spolupracuji s adaptační pracovnící, pocítuji ulehčení v sestavování individuálního plánu a poznání klienta?**
14. Adaptační pracovnice pracuje většinu času s klientem, je ovšem žádoucí, aby se o péči dělil i s jinými pracovníky. Čtrnáctou výzkumnou otázkou tedy je: **pracovnice přímé péče se také věnují klientovi, který je v adaptačním procesu.**
15. Nespokojenost nebo jiné představy o adaptační pracovníci nebo adaptačním procesu se v kolektivu pracovníků přímé péče vyskytuje. Je zde tedy prostor pro volnější odpovědi. Patnáctou dílčí výzkumnou otázkou tedy je: **jaké změny bych si představovala v adaptačním procesu (v pozici adaptační pracovnice)?**

4.3 Operacionalizace

Před sestavováním a během sestavování dotazníkového šetření jsem si stanovila několik zásad. Jednou z nich byla zásada rozvinutých otázek. Při pilotním dotazníku nevyhovovaly respondentům krátké otázky a použití zkratk, ač byly vysvětleny. Původní myšlenkou dotazníku byly otevřené otázky. I přes opakované ujišťování výzkumníka, že jde o dotazníky anonymní, odmítly na ně odpovídat, že by vzhledem k písmu mohlo dojít ke zjištění, kdo co psal. Po krátkém zjišťování v kolektivu se respondenti shodli na uzavřených otázkách. Respondentky odmítaly otázky, které by zjišťovaly jejich vědomosti.

Otázky v dotazníku jsou koncipované jako tvrzení, které výzkumnice sestavovala z teorie a vlastní praxe. První otázka je **analytická**, jejím cílem je zjistit, kolik pracovníků má

osobní zkušenosti s klientem adaptovaném adaptační pracovníci.⁹⁵ Zbylé otázky jsou uzavřené, a jsou **selektivní**, což znamená, že mají více jak dvě možné odpovědi.⁹⁶ Konkrétně respondent zaškrtnává odpověď na uvedené tvrzení. Jedná se o možnosti: Souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím, nesouhlasím, které se nazývají hodnoty **ordinální**, což znamená, že lze stanovit pořadí hodnot, nelze však říci, jak se hodnoty navzájem liší.⁹⁷ Výběr sudého počtu odpovědí je z důvodu, aby nedocházelo k neutrálním odpovědím, ale vycházely výsledky příkloněné k negativním nebo pozitivním tvrzením, z kterých se bude lépe vyvozovat závěr a následné řešení. Poslední tvrzení poskytuje v odpovědi k výběru více možností a také možnost otevřené odpovědi.

Výsledkem operacionalizace je dotazník, který se nachází v přílohách (viz. Příloha č. 8)

4.4 Zvolení metody a technik

K výzkumu byla zvolena **kvantitativní** metoda dotazníkového šetření, vzhledem k souboru uzavřených otázek.⁹⁸ „**Dotazníkové šetření** je hromadné získávání údajů a patří mezi nejfrekventovanější metody výzkumu. Při této metodě se shromažďování dat zakládá na dotazování osob.“⁹⁹ Cílem výzkumu není generalizace, vzhledem k ojedinelé pozici adaptační pracovnice. Cílem výzkumu je zjištění spokojenosti a významu o dané problematice, nikoli znalosti respondentů.

Jako výzkumný nástroj byl zvolen dotazník. Délka dotazníku byla volena podle obsahu a potřeb pro dosažení cíle výzkumu, otázky byly koncipovány převážně do uzavřených s možností jedné odpovědi.

Dotazníky byly rozdávány v tištěné formě, vzhledem k tomu, že šlo o respondenty v jednom zařízení. Distribuce dotazníků byla prováděna osobně.

⁹⁵ LITSCHMANNOVÁ, Martina. *Máme dotazníky. A co dál?* [online]. [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: http://homel.vsb.cz/~lit40/SKOMAM_09.PDF

⁹⁶ LITSCHMANNOVÁ, Martina. *Máme dotazníky. A co dál?* [online]. [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: http://homel.vsb.cz/~lit40/SKOMAM_09.PDF

⁹⁷ LITSCHMANNOVÁ, Martina. *Máme dotazníky. A co dál?* [online]. [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: http://homel.vsb.cz/~lit40/SKOMAM_09.PDF

⁹⁸ REICHEL, L. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: 2006, s. 119.

⁹⁹ LITSCHMANNOVÁ, Martina. *Máme dotazníky. A co dál?* [online]. [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: http://homel.vsb.cz/~lit40/SKOMAM_09.PDF

4. 5 Výběr vzorku

Z jakého důvodu jsem si vybrala zrovna pracovníky v Domově V Podzámčí, kteří zastávají role klíčových pracovníků? Rozhodnutí pro toto pracoviště bylo z toho důvodu, že jsem zde zaměstnaná. Pracuji zde jako pracovníce v sociálních službách – pečovatelka a mimo jiné zastávám roli adaptační pracovníce. Z toho důvodu jsem se rozhodla provést dotazníkové šetření mezi respondenty, od kterých dostanu odpovědi, se kterými lze dále pracovat a využiji je i v rozvoji pozice, kterou v domově vykonávám.

Porovnání s jinými respondenty sociálních služeb nebylo potřebné. Cíle výzkumu se zaměřovaly na výzkumné šetření pouze v zařízení Domov V Podzámčí.

4. 6 Průběh šetření

O psaní diplomové práce a s tím souvisejícím dotazníkovým šetřením jsem se domlouvala osobně s Mgr. Janou Cabaďajovou, MBA, ředitelkou Domova V Podzámčí a vedoucí úseku přímé péče Vladislavou Klvaňovou. Obě byly moc ochotné, svolily ke psaní diplomové práce o Domově V Podzámčí. Dotazníkové šetření obě přivítaly s nadšením, že budou mít hmatatelný výstup pro to, jak vnímají pozici adaptační pracovníce ostatní pracovníce přímého úseku. Obavy z dotazníkového šetření nevystaly ani z jedné strany. S obsahem dotazníkového šetření bylo vedení seznámeno a nemělo k němu žádné výhrady.

Distribuce dotazníků probíhala osobně. Výzkumník donesl prázdné dotazníky (vzor viz příloha č. 8) společně s průvodními dopisy (viz příloha č. 6) do Domova V Podzámčí na sesternu do I. patra a poskytl zde i prázdnou krabici, kam se vhazovaly vyplněné dotazníky. Krabice s vyplněnými dotazníky (i prázdné dotazníky) byly odneseny po třech týdnech.

Výzkumník byl respondentům k dispozici, mohli se jej dotazovat na případné otázky či řešit nejasnosti.

4. 7 Velikost vzorku

Celkem bylo vytištěno 31 dotazníků. Z tohoto počtu se vrátilo celkem 27 dotazníků, což znamená, že míra návratnosti činila 87,1 procenta. Velikost vzorku je tedy vzhledem k celkovému počtu reprezentativní.¹⁰⁰

¹⁰⁰ zjištěno podle <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm> , zadáno pro CI = 5

4. 8 Základní statistické údaje

Pro potřeby dosažení výsledků tohoto dotazníkového šetření nebylo třeba zjišťovat žádné statistické informace. Potřebné informace byly zřejmé již při výběru vzorku.

4. 9 Způsob vyhodnocování odpovědí

Vyhodnocování odpovědí v dotazníkovém šetření bude prováděno porovnáváním odpovědí na jednotlivé dílčí otázky. Z tohoto porovnání vyplyne výsledek, který se může porovnat s teoretickou. Odpovědi budou vyhodnoceny na základě grafů, které jsou tvořeny v MS Excel a následně převedeny do textového pole MS Office.

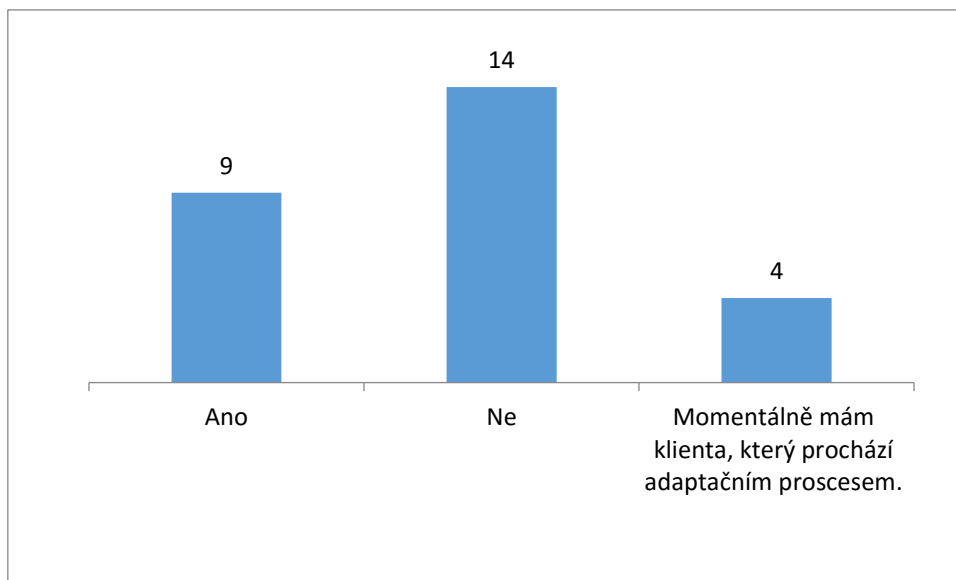
4. 10 Vyhodnocení jednotlivých dílčích výzkumných otázek

Tato kapitola je věnována vyhodnocení odpovědí v dotazníkovém šetření na základě jednotlivých odpovědí na otázky v dotazníku a s tím související dílčí výzkumné otázky.

4 10. 1 1DVO

Graf č. 1

Jako klíčová pracovnice vedu individuální plán některého z klientů Domova V Podzámčí, který prošel adaptačním procesem s adaptační pracovnící.



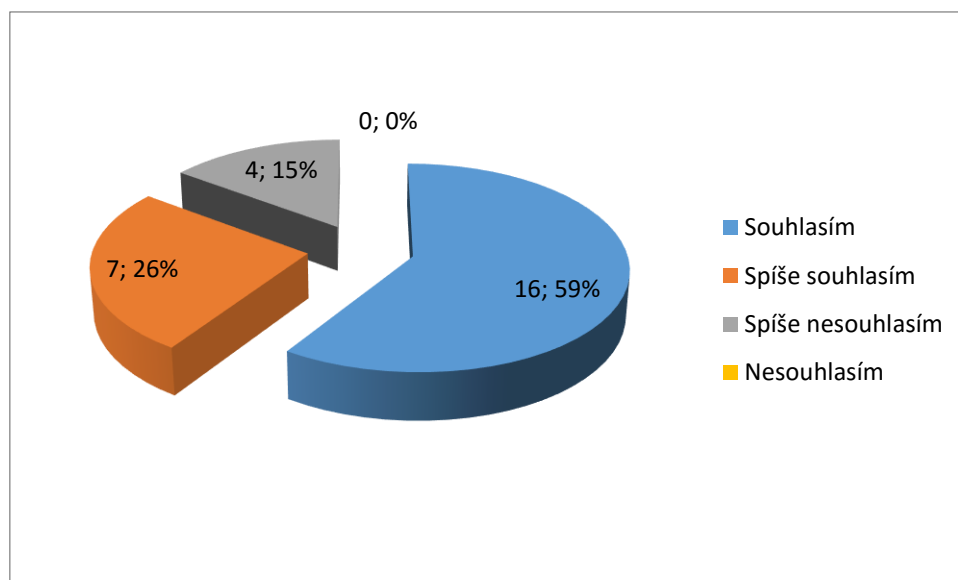
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

První tvrzení se snaží zjistit, jak velkou zkušenost mají klíčové pracovnice s klienty v adaptaci. Ze šetření vyplynulo, že zkušenost není prozatím nijak veliká. Je třeba brát ohled na skutečnost, že adaptační pracovnice je nová pozice, která je zavedená od 3. čtvrtletí 2015.

4. 10. 2 2DVO

Graf č.2

Domnívám se, že adaptační proces má význam pro klienta ve zvyknutí si na nové prostředí v Domově V Podzámčí.

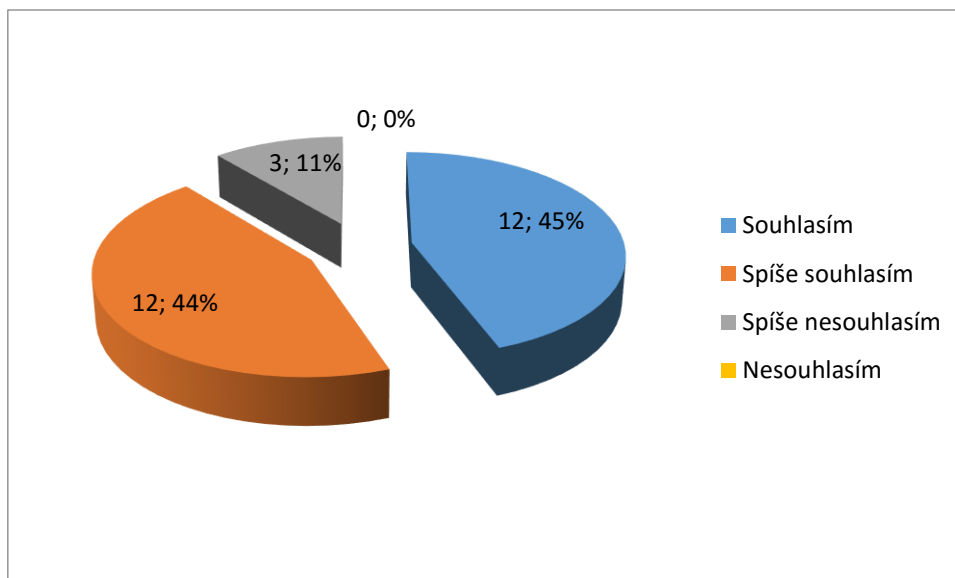


Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Druhá otázka dotazníku se zaměřovala na adaptační proces a jeho význam pro klienta z pohledu klíčových pracovníků. 59% respondentek uvedlo, že s tímto tvrzením souhlasí. Pouhých 15% s tímto tvrzením spíše souhlasí. Klíčové pracovníce podle výsledků z tohoto grafu přisuzují význam adaptační pracovníce v adaptačním procesu pro klienta.

4. 10. 3 3DVO

Domnívám se, že klient, který prošel adaptačním procesem, má zajištěný plán podpory-péče-pomoci s ohledem na individuální potřeby.



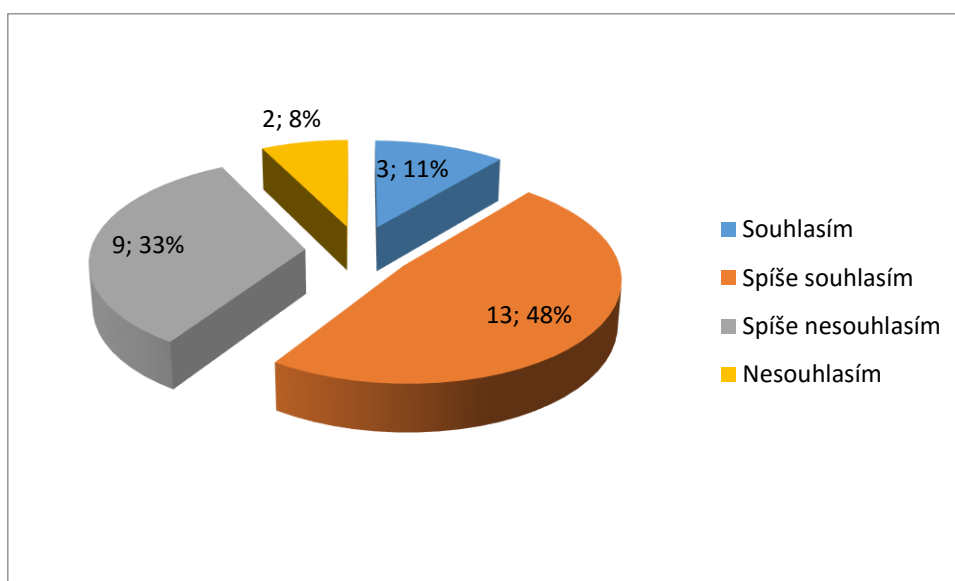
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Ve třetí dotazníkové otázce byly respondentky dotazovány na jejich názoru, zda má klient po ukončení adaptačního procesu zajištěný plán podpory-péče-pomoci. 45% respondentek s tímto tvrzením souhlasí, ale 44% spíše souhlasí. Ze zpracovaného grafu vyplývá, že v adaptačním procesu nedochází k dostatečnému zpracování plánu podpory-péče a pomoci. Lze tedy přepokládat, že je na této části adaptace vhodné něco upravit nebo doplnit.

4. 10. 4 4DVO

Graf č. 4

Adaptační pracovníce může vzhledem ke své pracovní době poznat klienta lépe, než klíčová pracovníce.



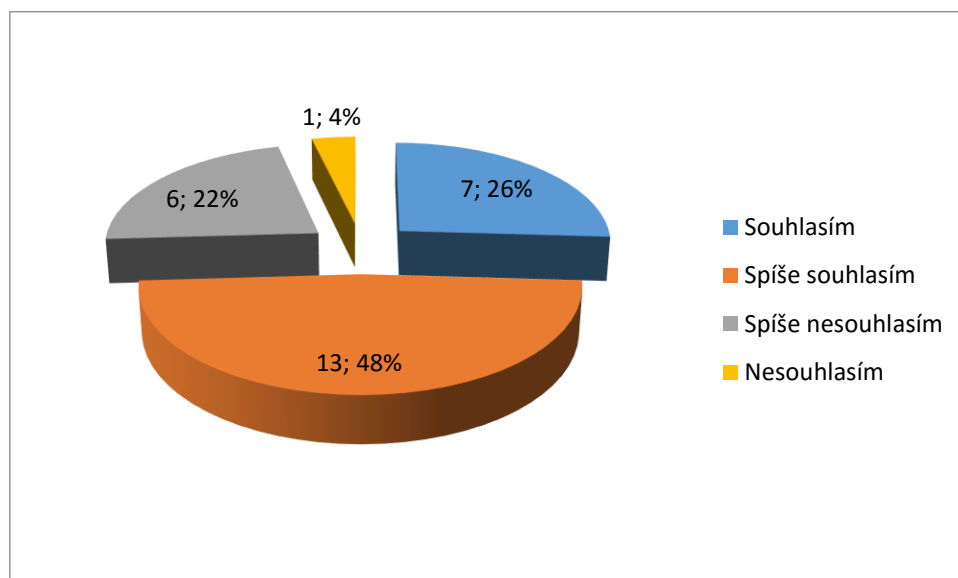
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Čtvrté dotazníkové tvrzení se zaměřovalo na čas věnovaný klientovy ze strany adaptační pracovnice. Šlo o porovnání, zda adaptační pracovnice pozná klienta lépe, než klíčová pracovnice, která pracuje na směnný provoz. Jak je uvedeno v grafu, s tímto tvrzením souhlasilo 11% respondentek, 48 % jich s tvrzením spíše souhlasilo a 33% spíše nesouhlasilo. Tuto skutečnost přikládám tomu, že ostatní pracovnice mohou s klientem trávit čas o víkendu a večer. Není proto důvod vnímat ranní směnnost adaptační pracovnice jako něco výhodnějšího pro klienta.

4. 10. 5 5DVO

Graf č. 5

Adaptační pracovnice může klientovi nabídnout více podpory, pomoci a péče pro spokojený život v Domově V Podzámčí než klíčová pracovnice.



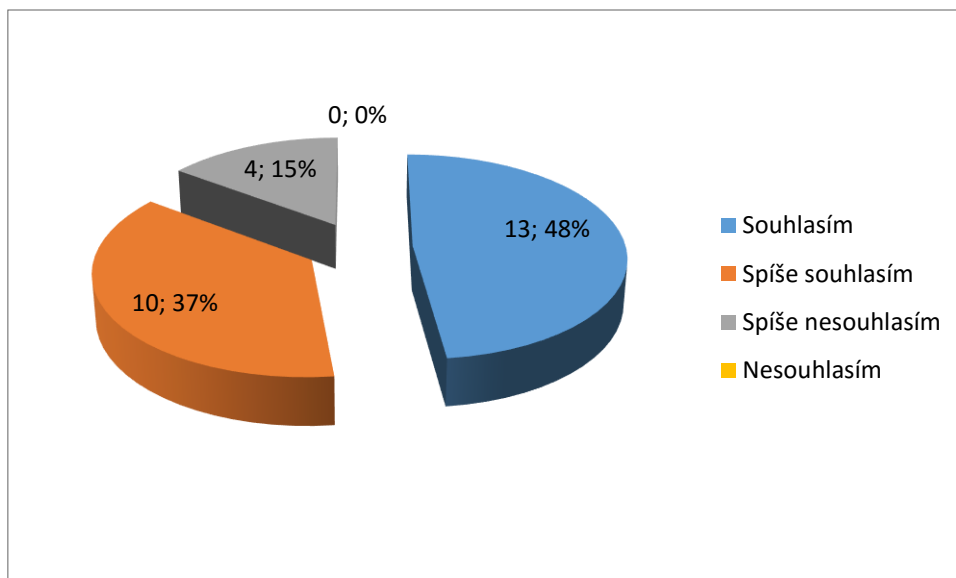
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Jde opět o otázku, která podle výsledků sdělí pouze subjektivní názor respondentek. Obsahem tvrzení není nic, co by ohrožovalo kohokoliv v zařízení. Jde o názor, zda má adaptační pracovnice mnohem vyšší míru možností nabídnout klientovi větší podporu. S tímto tvrzením spíše souhlasí 48% respondentek a je možné vyvodit, že i ony nabízejí novému klientovi dostatek podpory péče a pomoci pro spokojený život v zařízení.

4. 10. 6 6DVO

Graf č. 6

Pokud je v Domově V Podzámčí nový klient, měla by se adaptační pracovnice věnovat především jemu ve všech oblastech podpory, péče a pomoci.



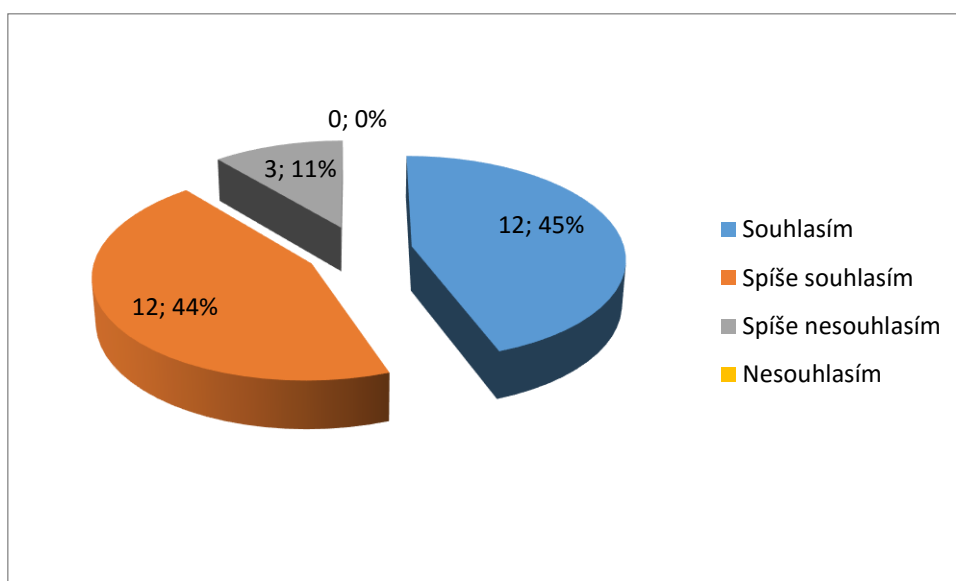
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

I přes výše uvedené tvrzení zastává většina pracovníků názor, že v případě nového klienta v zařízení by se měla adaptační pracovnice věnovat převážně jemu. Většina respondentek – 48%, dokáže zastat práci, kterou by bez klienta v adaptaci vykonávala adaptační pracovnice. 37% respondentek s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 15% nesouhlasí. Vzhledem ke konceptu adaptační pracovnice, považují za vhodné toto tvrzení rozvést a pokud možno jej řešit např. na poradě.

4. 10. 7 7DVO

Graf č. 7

Častý kontakt adaptační pracovnice s klientem v adaptaci může vyvolat u klienta patologický vztah k adaptační pracovnici až závislost.



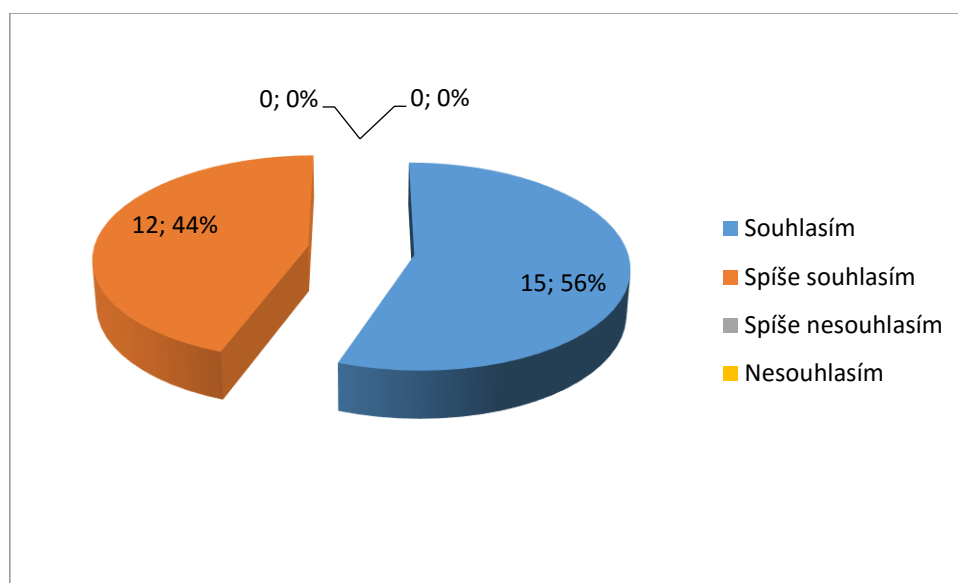
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Tvrzení číslo 7 se věnuje problematice závislosti klienta na pracovníkovi. Téměř stejné procento lidí souhlasí i téměř souhlasí. Dá se tedy říci, že obava z rizika patologického jevu zde je. Opět bych zde navrhovala případné setkání ohledně možné prevence, aby k takové situaci nedošlo.

4. 10. 8 8DVO

Graf. č 8

Domnívám se, že jsem závislost klienta na adaptační pracovníci v Domově V Podzámčí minimálně u jednoho klienta zažila.



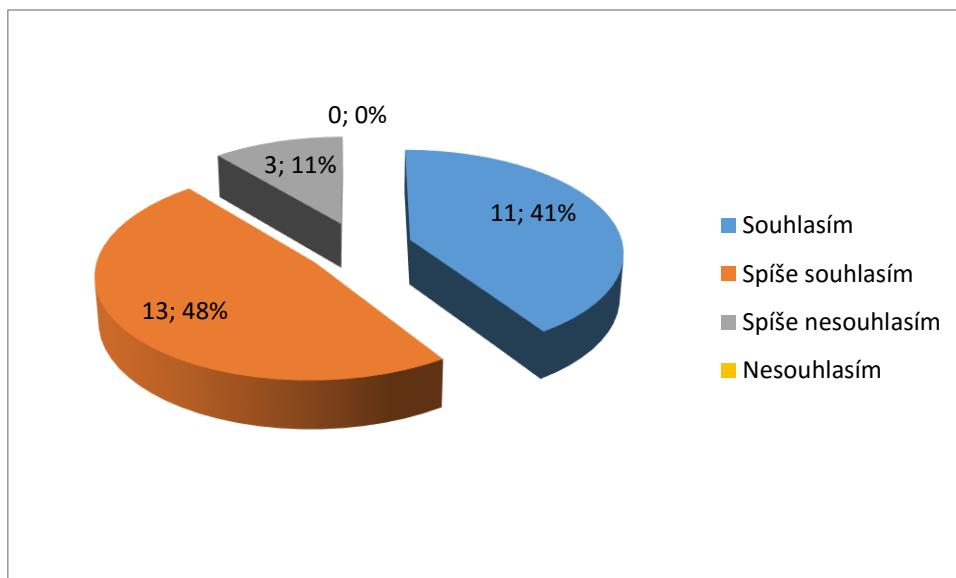
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Tvrzení číslo 8 je má spojitost s předchozím tvrzením a ještě jej o něco více utvrzuje. Všechny respondentky souhlasí s tím, že zažily závislost klienta na adaptační pracovníci. Taková situace by se měla dle mého názoru řešit. Navrhovala bych opět řešení na poradě, popřípadě bych jej volila jako jedno ze supervizních témat.

4. 10. 9 9DVO

Graf č. 9

Vím jaká je náplň práce adaptační pracovníce, jaké má pracovní povinnosti.



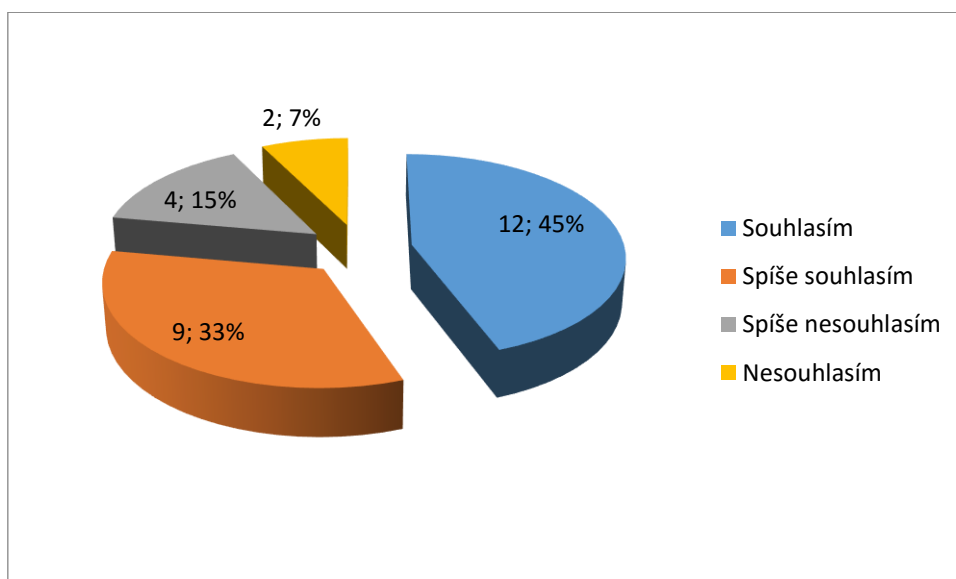
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Tvrzení ohledně znalosti náplně práce adaptační pracovníce se projevilo pozitivně. Největší část respondentek – 48% spíše souhlasí, 41 souhlas a 11% nesouhlasí. Téma náplně práce adaptační pracovníce bylo řešeno na mnoha poradách, proto bych přikládala velkou míru nejistoty k tomu, že ne všechny měly doposud čas si na pozici adaptační pracovníce vzpomenout.

4. 10. 10 DVO

Graf č. 10

Adaptační pracovníce během adaptace ušetří klíčové pracovníci čas, poskytnou potřebné informace pro snadnější spolupráci s klientem a péči o něj.



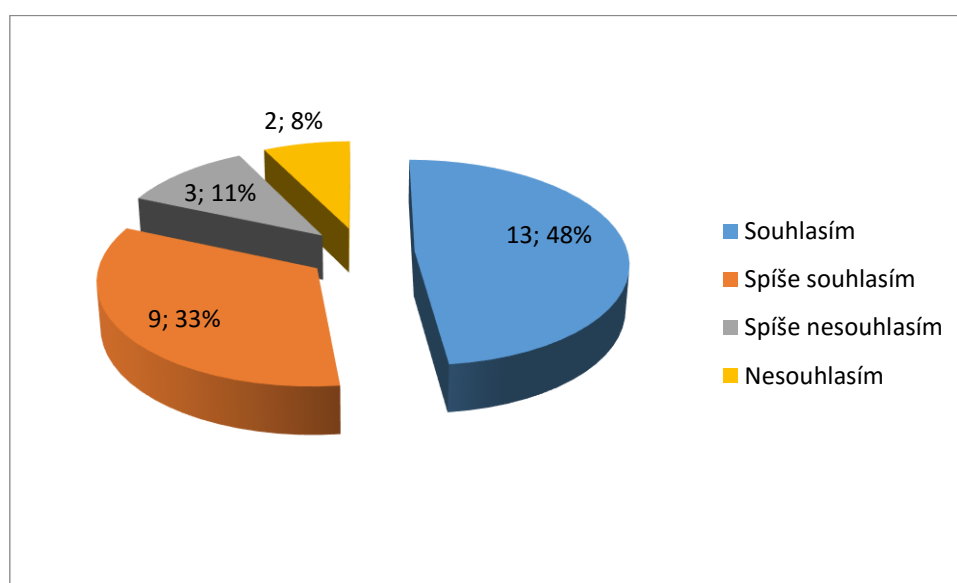
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Na grafu 10 lze vidět, že tvrzení ohledně úspory času, vzhledem k poskytnutí potřebných informací pro klíčovou pracovníci je vnímání kladně. Respondentky pocítují během adaptačního procesu pomoc ohledně klienta, u kterého zastupují roli klíčové pracovníce 45% s tímto tvrzením souhlasí, 33% spíše souhlasí, což je také pozitivní. 7% nesouhlasí a 15% spíše nesouhlasí. Dle mého úsudku se jedná o celkem velké procento. Je někde problém? Hodnotila bych jako žádoucí, že má pozice adaptační pracovníce pro klíčovou pracovníci význam.

4. 10. 11 11DVO

Graf č. 11

Bez adaptační pracovníce byla tvorba individuálních plánů složitější, to znamená, že to trvalo déle, než jsem klienta poznala.



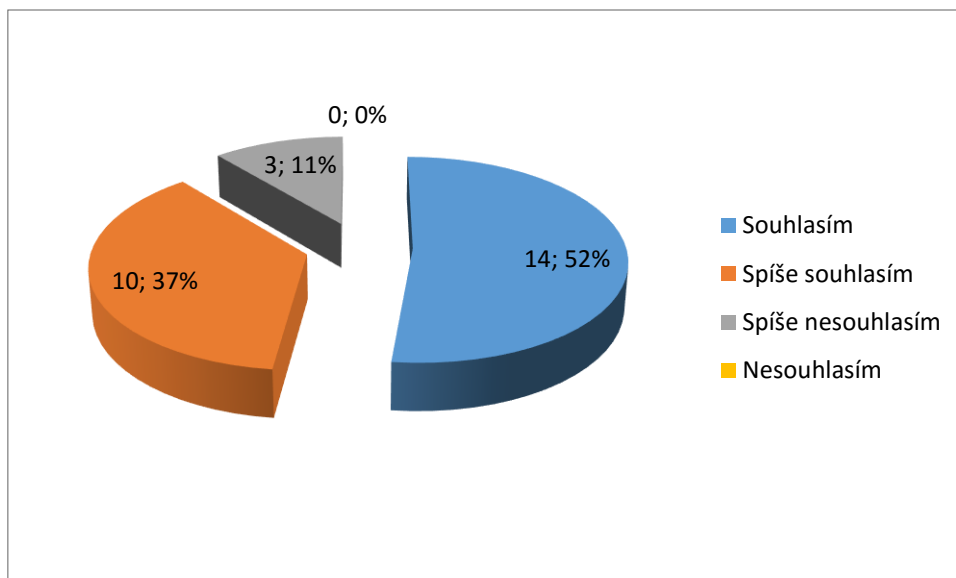
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Než nastoupila adaptační pracovníce do zařízení, zajišťovala si celý individuální plán včetně adaptace klíčové pracovníce. Za nových podmínek, kdy je pozice adaptační pracovníce v zařízení. Podle většiny respondentek je pomoc adaptační pracovníce zřejmá a ulehčí.

4. 10. 12 12DVO

Graf č. 12

Od vedení Domova V Podzámčí jsem se dozvěděla všechny potřebné informace o sestavování individuálních plánů za pomoci adaptační pracovníce.



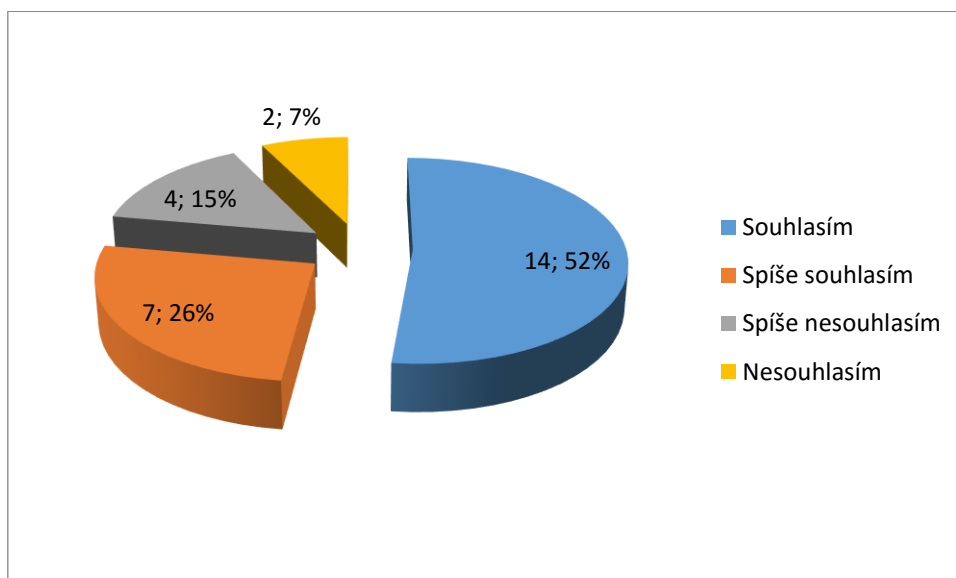
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Rozvoji a zlepšování informovanosti pracovního týmu by se mělo zařízení věnovat ještě intenzivněji. Z dotázaných pracovníků 52% zvolilo možnost „souhlasím“. Plně tedy souhlasily s tvrzením, že „informovanost od vedení je dostatečná.“. Dalších 37 % dotázaných hodnotí toto tvrzení, jako „Spíše souhlasím“. V této oblasti bych také navrhovala krátkou poradnu.

4. 10. 13 13DVO

Graf č. 13

Spolupráce s adaptační pracovníci je přínosná pro mé podrobnější poznání klienta a sestavování jeho individuálního plánu.



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

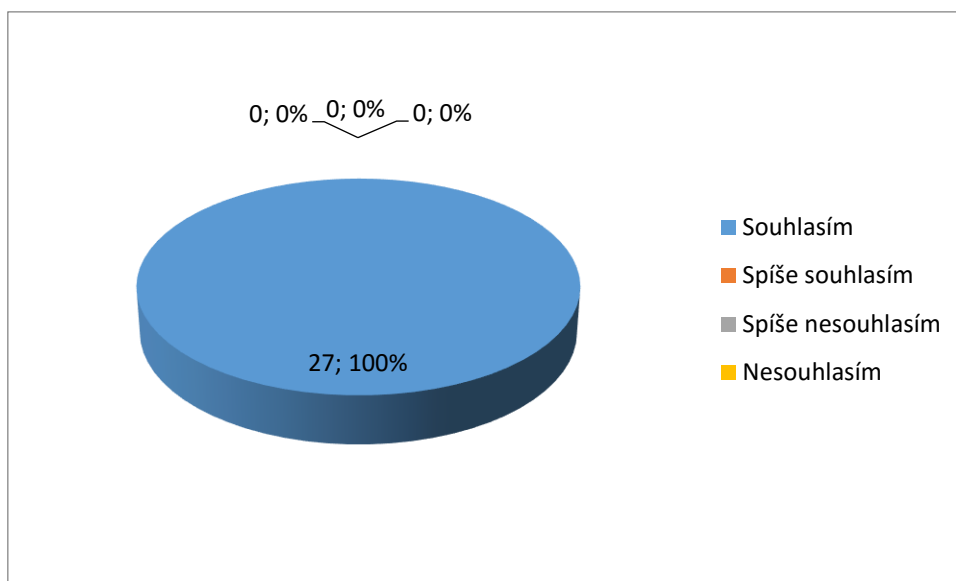
Kladně je též hodnocena spolupráce klíčové pracovníce s adaptační pracovníci, kdy 52% respondentek souhlasí s tím, že „spolupráce s adaptační pracovníci je přínosná“. Tuto oblast

vnímám i v praxi jako nejistou, občas dochází k nesrovnalostem mezi adaptační a klíčovou pracovníci co se týká jiného způsobu práce. 15% respondentek spíše nesouhlasí, což vyvolává lehkou nejistotu v tom, proč tomu tak je.

4. 10. 14 14DVO

Graf č. 14

V adaptačním procesu se mimo adaptační pracovnice zapojují do péče o klienta i ostatní pracovníci přímé péče Domova V Podzámčí.



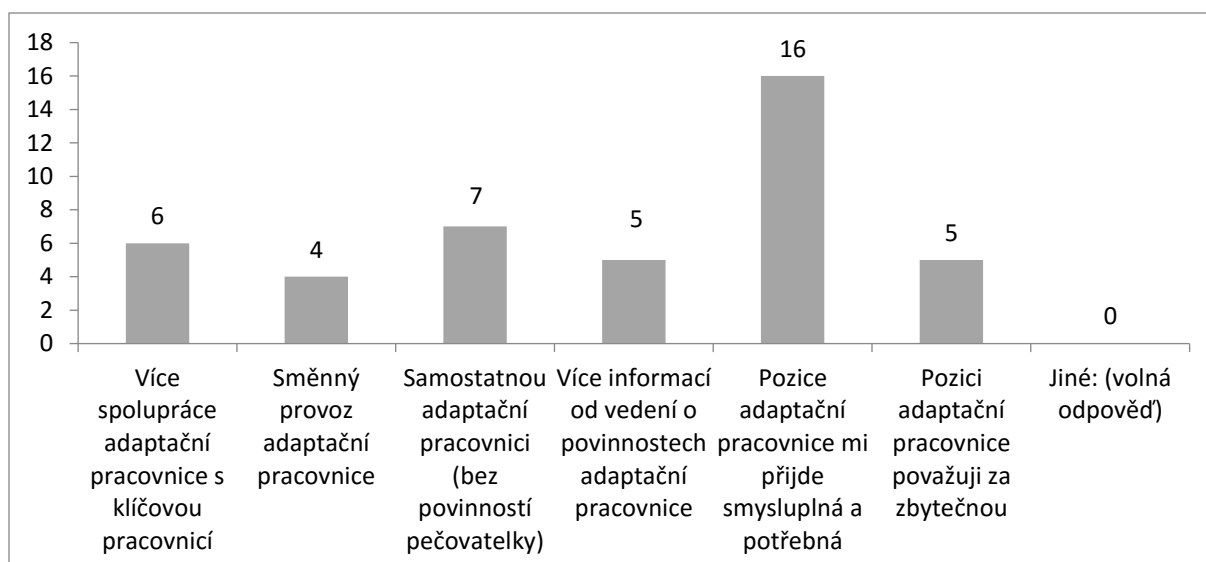
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Jak je vidět z grafu v případě tohoto tvrzení byli dotazovaní vcelku za jedno. U tohoto tvrzení byl předpokládán 100% souhlas. Vzhledem k pracovní době adaptační pracovnice zajišťují péči i ostatní pracovníci.

4. 10. 15 15DVO

Graf č. 15

V adaptačním procesu bych si představovala:



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření

Posledním bodem v dotazníku bylo zaškrtování více možností změn, které se mohou týkat adaptační pracovníce nebo adaptačního procesu. Nejvíce respondentek zaškrtnou, že „pozice adaptační pracovníce mi přijde smysluplná a potřebná.“ Pouze 5 pracovníc považuje adaptační pracovníce za zbytečnou. Odpovědi, které byly zaškrtnuté je možné definovat a hodnotit na poradě týmu, kde se mohou upravit různé složky adaptačního procesu a upravit práci adaptační pracovníce.

Závěr

Domov se zvláštním režimem poskytovatele sociálních služeb Domov V Podzámčí, je specializované odborné zařízení, které je určené seniorům s diagnostikovaným onemocněním demence. Jde o rozdílné zařízení od Domova pro seniory. Jedním z faktorů poskytování kvalitní péče je adaptační proces pro nově přijatého klienta. Tímto faktorem se zabývá autorka v předložené diplomové práci.

Záměrem diplomové práce bylo popsat specifika stáří, životních změn a proces adaptace v novém prostředí. Autorka se snažila propojit všechny kapitoly mezi sebou. Dále bylo záměrem popsat a definovat role klíčové a adaptační pracovníce, upřesnit jejich náplň práce a zmínit způsob a cíl spolupráce. V poslední kapitole práce se autorka pomocí dotazníkového šetření provedeného mezi pracovníky přímé péče, kteří vykonávají roli klíčové pracovníce, pokusila zjistit, jaký význam a jaký názor má adaptační pracovníce a adaptační proces pro klíčové pracovníce, potažmo i pro klienty. Dalším cílem bylo zjistit, zda by bylo vhodné věnovat se v rámci kolektivu vyšší míře spolupráce a je-li potřeba více informací o adaptaci.

Autorka práce z výsledků vyhodnoceného dotazníkového šetření vyvodila závěry, že nově vzniklá pozice adaptační pracovníce má v Domově V Podzámčí svůj význam a je prospěšná pro pracovníce, klienta i individuální plánování. Z výsledků vyplynulo, že většina zkoumaných oblastí má své limity a je vhodné jim věnovat více prostoru pro řešení v rámci personálu. Dalo by se říci, že dotazníkové šetření je předvojem pro rozšíření informovanosti mezi pracovníci v přímé péči.

Zároveň je vhodné zmínit, že adaptační proces funguje v Domově V Podzámčí již delší dobu, ovšem pozice adaptační pracovníce je novou záležitostí. Vedení domova se rozhodlo pro její zavedení ve 3. čtvrtletí roku 2015 a přijala novou pracovníci. Definování a stanovování cílů adaptační pracovníce probíhalo v průběhu adaptace ze získaných poznatků. Proces adaptační pracovníce se stále formuje, ale myslím, že je v zařízení vnímán pozitivně. Velmi by mne potěšilo, kdyby se pro pozici adaptační pracovníce rozhodlo více zařízení pro seniory a tyto zařízení si mezi sebou předávaly cenné informace a zkušenosti. Největší požitek z této pozice bude mít ve finále klient, který je středobodem každého domova a dobré nálady v něm.

Seznam použité literatury

Prameny:

Zde následuje soupis použité literatury

BUIJSSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006.

ISBN 80-7367-081-X

ČEVELA, R A KOL. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN

978-80-247-3901-4

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-

19-9

HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN

978-80-7262-900-8

HOLMEROVÁ, I; A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Grada, 2009. ISBN

978-80-86541-28-0

HOLMEROVÁ, I; A KOL. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2003. ISBN 80-86541-12-6 (1)

HOLMEROVÁ, I; A KOL. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. EV Public relations, 2007. ISBN

978-80-254-0179-8 (2)

JIRÁK, R; A KOL. *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*. Praha:

Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6

KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, s. 23.

KALVACH, Z A KOL. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2001. ISBN 978-80-

247-4026-3

KALVACH, Z A KOL. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-

7184-366-0

KALVACH, Z; ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Z; A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN

978-80-247-2490-4

MATOUŠEK, O; A KOL. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7376-002-X

MLÝNKOVÁ, J. *PÉČE O STARÉ OBČANY – Učebnice pro sociální činnost*. Praha: Grada,

2011. ISBN 978-80-247-3872-7

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-

210-3345-2

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicem, 1990. ISBN 80-201-0076-8

PIDRMAN, V; KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X

REICHEL, L. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-3006-6

SAK, P; KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5

ŠTĚPÁNKOVÁ, H A KOL. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicínských a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2628-4

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5

ZGOLA, J., M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9

DUŠKOVÁ, K. HASALÍKOVÁ, M. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. Praha: Pfizer, 2010.

Metodický pokyn – pravidla pro individuální plánování. Chlumec nad Cidlinou: 2015, s. 2.

Slovníky a encyklopedie:

HARTL, P; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5

MATOUŠEK, O. A KOL. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7

Elektronické zdroje:

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, O.P.S. [online]. [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

Česká gerontologická a geriatrická společnost [online]. Praha, 2006 [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <http://www.cggs.cz/cz/Home/>

Charta práv a svobod starších občanů. In: Veřejný ochránce práv. Dostupné také z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Charty_deklarace/Charta_prav_starsich_obcanu_1966.pdf

Listina základních práv a svobod. Praha. Dostupné také z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

LITSCHMANNOVÁ, Martina. *Máme dotazníky. A co dál?* [online]. [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: http://homel.vsb.cz/~lit40/SKOMAM_09.PDF

NABÍDKA SLUŽEB [online]. CHLOUPKOVÁ, Soňa. Chlumeck nad Cidlinou, 2014, s. 14 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: <http://www.domov-podzamci.cz/files/userfiles/files/Nab%C3%ADdka%20slu%C5%BEB%20ZR%203%202014.pdf>

Obyvatelstvo. Český statistický úřad [online]. Praha, 2014 [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20556127/32020315c05.pdf/abfde4ba-e9e6-4e45-9648-4c3d331ad85f?version=1.0>

O nás. Babi - Děda [online]. Praha [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <http://www.babi-deda.cz/cs/43-o-nas.html>

Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2007, Česká republika. Český statistický úřad [online]. Praha [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce_1950_2101/index.html?lang=cz

Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2101, Česká republika. Český statistický úřad [online]. Praha [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce_1950_2101/index.html?lang=cz

Počet obyvatel roste, díky vyšší porodnosti i přistěhovalcům. Česká televize [online]. Praha [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1514084-pocet-obyvatel-roste-diky-vyssi-porodnosti-i-pristehovalcum>

Seniorské desatero aneb několik méně známých faktů. Diakonie Českobratrské církve evangelické [online]. [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <http://www.otevrenoseniorum.cz/myty-o-stari/>

ULRYCHOVÁ, Ladislava. *Sociální stárnutí, životní změny* [online]. In: ULRYCHOVÁ, Ladislava. 2011, s. 29 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Soci%C3%A1ln%C3%AD_st%C3%A1rnut%C3%AD.pdf

VANĚK, David. *Prázdné hnízdo: Umíte být partnery i poté, co se vaše rodičovská role naplnila? Společný tanec potřebuje nové kroky.* [online]. 2014 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/prazdne-hnizdo/>

Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Praha, 2006. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Zpráva o činnosti organizace za rok 2015 [online]. CABADAJOVÁ, Jana. Chlumec nad Cidlinou, 2015, s. 25 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: <http://www.domov-podzamci.cz/files/userfiles/files/v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1va%202015%20celkov%C3%A1.pdf>

Zákon o sociálních službách. Praha, 2006. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

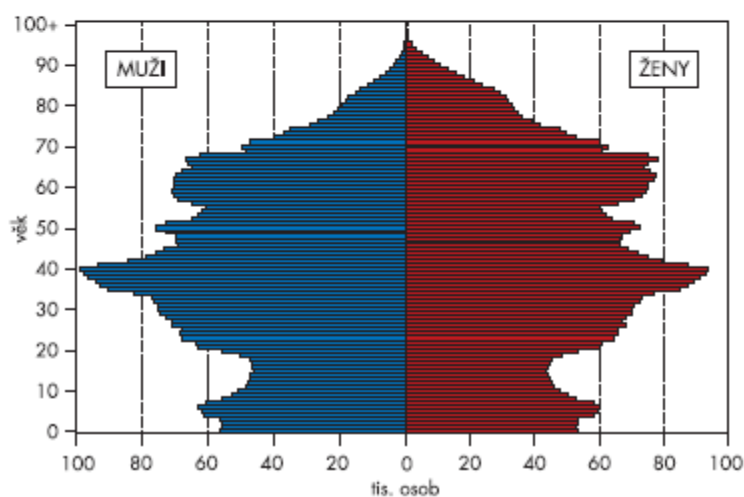
PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1

OBYVATELSTVO

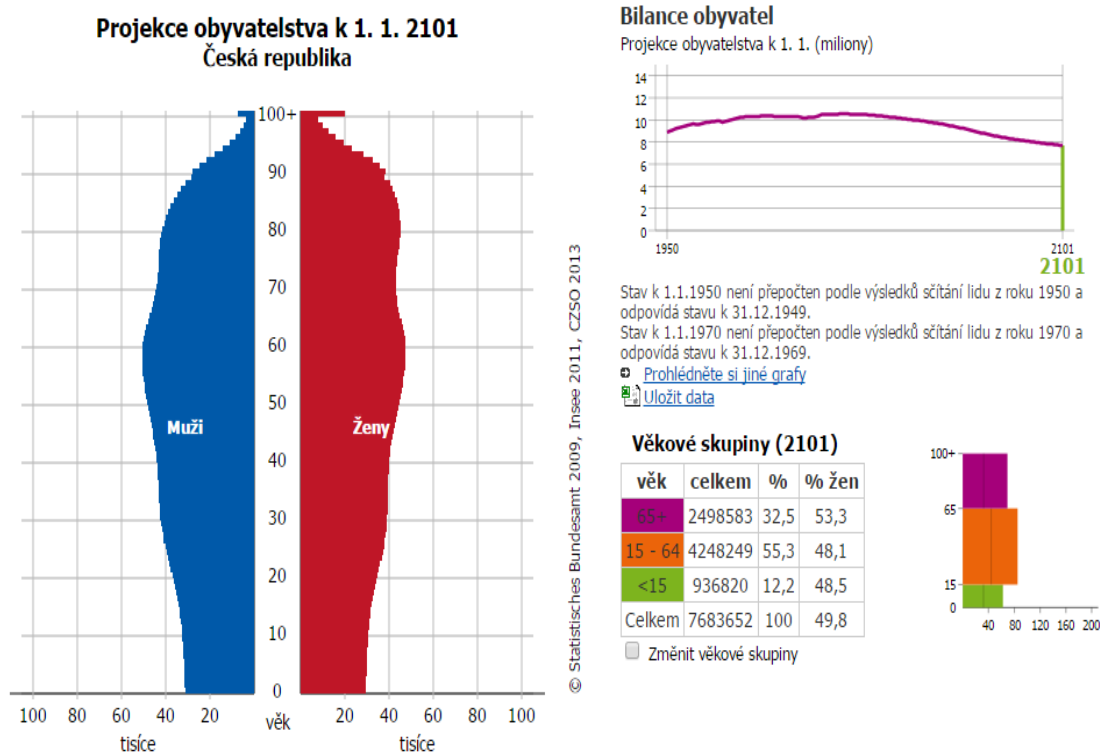
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Složení obyvatelstva podle věkových skupin k 31. 12. (tis. osob) | | | | |
| Celkem | 10 505 | 10 516 | 10 512 | 10 538 |
| do 14 let | 1 541 | 1 560 | 1 577 | 1 601 |
| 15–64 let | 7 263 | 7 188 | 7 109 | 7 057 |
| 65 a více let | 1 701 | 1 768 | 1 826 | 1 880 |
| Muži | 5 158 | 5 164 | 5 162 | 5 177 |
| do 14 let | 791 | 801 | 809 | 821 |
| 15–64 let | 3 676 | 3 640 | 3 601 | 3 577 |
| 65 a více let | 691 | 724 | 752 | 778 |
| Ženy | 5 347 | 5 352 | 5 350 | 5 361 |
| do 14 let | 750 | 760 | 768 | 780 |
| 15–64 let | 3 587 | 3 548 | 3 508 | 3 479 |
| 65 a více let | 1 010 | 1 044 | 1 074 | 1 102 |

VĚKOVÉ SLOŽENÍ OBYVATELSTVA k 31. 12. 2014



Zdroj: Česká televize

PŘÍLOHA Č. 2



Zdroj.: český statistický úřad

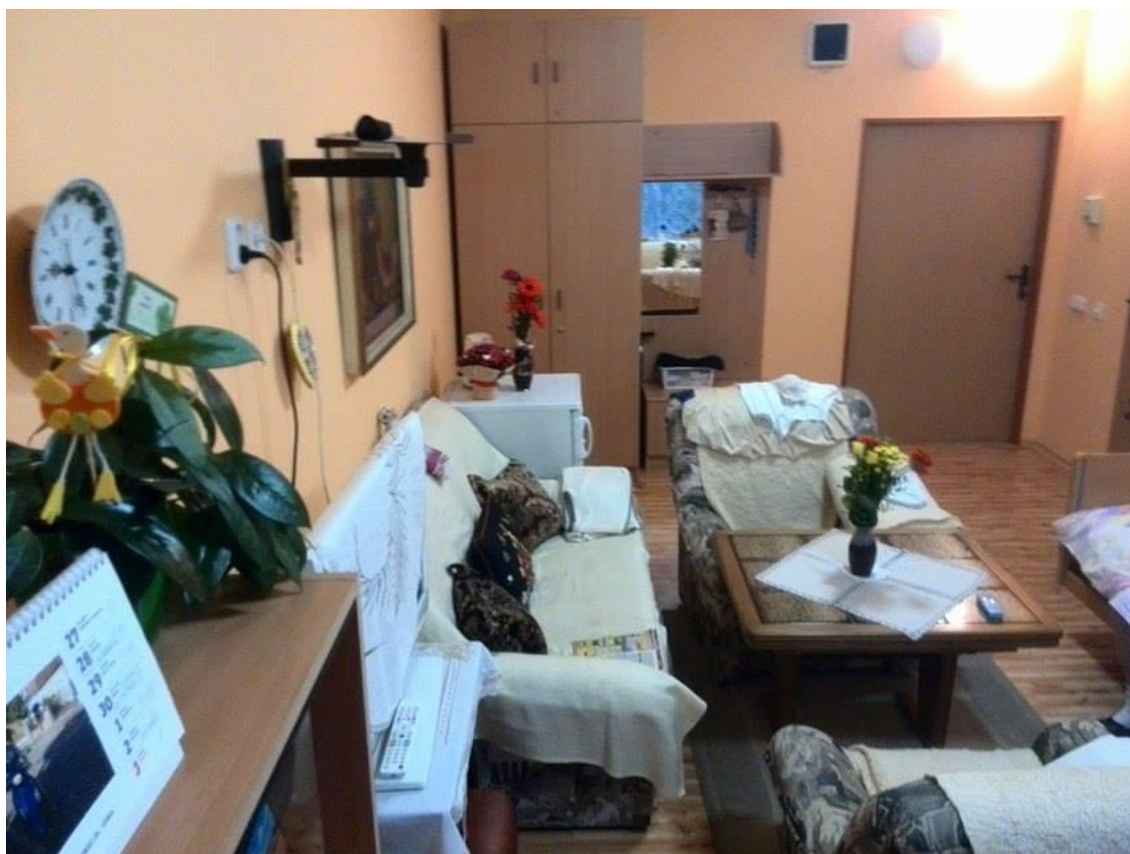
PŘÍLOHA Č. 3

Domov se zvláštním režimem §50

| | Rok 2015 |
|--------------------------------|-----------------|
| Kapacita služby | 76 |
| Průměrný věk klientů | 83,90 |
| Počet žen k 31.12.2015 | 57 |
| Počet mužů k 31.12.2015 | 17 |
| Průměrný počet klientů v roce | 74,18 |
| Počet nástupů | 35 |
| Počet úmrtí | 36 |
| Počet propuštěných do soukromí | 1 |

Zdroj: www.domov-podzamci.cz

PŘÍLOHA Č. 4



PŘÍLOHA Č. 5



https://www.unsk.sk/comenius/vystup_cz/bazalni_stimulace.pdf

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION - ZÁZNAMOVÝ LIST

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|-----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Jméno / rok narození | | Datum vyšetření | | | | | | | | | |
| | | | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | |
| | | den | | | | | | | | | |
| | | měsíc | | | | | | | | | |
| | | rok | | | | | | | | | |

1. ORIENTACE

| | | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Jaký den v týdnu je dnes? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Který měsíc v roce je nyní? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Který rok je nyní? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Jaké je nyní roční období? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ve kterém státě jsme? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ve kterém okrese jsme? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ve kterém městě jsme? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotnické zařízení)? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ve kterém poschodí se nacházíme? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2. ZAPAMATOVÁNÍ

| | | | | | | | | | |
|--|---------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Bezprostřední reprodukce tří předmětů: | citron | lopata | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | klíč | šátek | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | babička | váza | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

| | | | | | | | | |
|--|-----|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Opakované odečítání čísla 7 od čísla 100 | 100 | | | | | | | |
| nebo hláskování slova POKRM pozpátku | 93 | M | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 86 | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 79 | K | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 72 | O | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 65 | P | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

4. PAMĚŤ, VÝBAVNOST

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Reprodukce tří předmětů z bodu 2: | lopata | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | šátek | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | váza | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

5. POJMENOVÁNÍ

| | | | | | | | | |
|---------------------------|-------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ukažte náramkové hodinky: | "Co je to?" | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ukažte tužku: | "Co je to?" | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

6. OPAKOVÁNÍ

| | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Opakování věty: | "Žádné kdyby anebo ale". | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|-----------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Porozumění (sdělený třístupňový příkaz):

"Vezměte tento papír do vaší pravé ruky,
přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama
a položte na zem".

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU

Porozumění (pisemný jednostupňový povel):

ZAVŘETE OČI

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

9. PSANÍ

Napsání věty

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

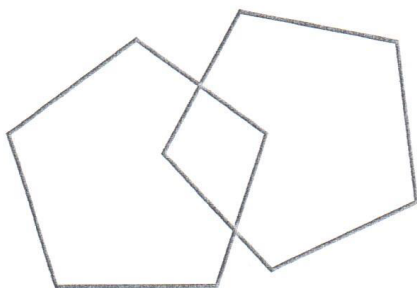
10. OBKRESLOVÁNÍ

Obkreslení předlohy průniku dvou pětiúhelníků

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

CELKOVÉ SKORE

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|



ZAVŘETE OČI

Průvodní dopis k dotazníkovému šetření.

Vážené kolegyně,

studuji druhým rokem navazující magisterské studium obor Sociální a charitativní činnost na Univerzitě Karlově v Praze. Ráda bych letos dokončila svá studia a ke splnění podmínek patří mimo jiné vypracování a obhájení diplomové práce. Má diplomová práce je na téma Adaptační proces z pohledu pracovníka v domově pro seniory se zvláštním režimem. Součástí mé diplomové práce je dotazníkové šetření, kterým budete součástí, a chtěla bych Vás tímto požádat o pomoc.

Dotazník bude anonymní a obsahuje baterii 15 uzavřených otázek, kdy u poslední otázky máte k dispozici zaškrtnout více odpovědí a při zaškrtnutí kolonky „jiné“ máte volnou ruku pro rozepsání vlastních slov. U ostatních otázek zaškrťávejte, prosím, pouze jednu odpověď. Otázky by neměly být složité a zaškrtnutí odpovědí v dotazníku by Vám nemělo zabrat více jak 15 minut času. Po vyplnění dotazník vložte do krabice, která se nachází na kartotéce. Krabici odnesu ve chvíli, kdy budou vyplněná velká část dotazníků (zkontroluji podle prázdných dotazníků).

Vyplněním dotazníku mi pomůžete pro úspěšné sepsání diplomové práce a přispějete k ukončení studia. Dovolím si říci, že výsledky dotazníku lze promítnout do naší práce, kde bychom se mohly zaměřit na zkvalitňování adaptačního procesu a formování pozice adaptační pracovnice.

V případě jakýchkoli nejasností či dotazů se mě nebojte zeptat. Ráda Vám pomůžu nebo poradím.

Moc Vám děkuji za ochotu,
S pozdravem,
Petra Kabrielová.

DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

1) Jako klíčová pracovnice vedu individuální plán některého z klientů Domova V Podzámčí, který prošel adaptačním procesem s adaptační pracovnicí.

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Momentálně mám klienta, který prochází adaptačním procesem

2) Domnívám se, že adaptační proces má význam pro klienta ve zvyknutí si na nové prostředí v Domově V Podzámčí.

- ☐ Souhlasím ☐ Spíše nesouhlasím
- ☐ Spíše souhlasím ☐ Nesouhlasím

3) Domnívám se, že klient, který prošel adaptačním procesem má zajištěný plán podpory, péče a pomoci s ohledem na individuální potřeby.

- ☐ Souhlasím ☐ Spíše nesouhlasím
- ☐ Spíše souhlasím ☐ Nesouhlasím

4) Adaptační pracovnice může, vzhledem ke své pracovní době, poznat klienta lépe, než klíčové pracovnice.

- ☐ Souhlasím ☐ Spíše nesouhlasím
- ☐ Spíše souhlasím ☐ Nesouhlasím

5) Adaptační pracovnice může klientovi nabídnout více podpory, pomoci a péče pro spokojený život v Domově V Podzámčí než klíčová pracovnice.

- ☐ Souhlasím ☐ Spíše nesouhlasím
- ☐ Spíše souhlasím ☐ Nesouhlasím

6) Pokud je v Domově V Podzámčí nový klient, měla by se adaptační pracovnice věnovat především jemu ve všech oblastech podpory, péče a pomoci.

- ☐ Souhlasím ☐ Spíše souhlasím

☐ Spíše nesouhlasím

☐ Nesouhlasím

7) Častý kontakt adaptační pracovníce s klientem v adaptaci může vyvolat u klienta patologický vztah k adaptační pracovníci až závislost.

☐ Souhlasím

☐ Spíše nesouhlasím

☐ Spíše souhlasím

☐ Nesouhlasím

8) Domnívám se, že jsem závislost klienta na adaptační pracovníci Domově V Podzámčí minimálně u jednoho klienta zažila.

☐ Souhlasím

☐ Spíše nesouhlasím

☐ Spíše souhlasím

☐ Nesouhlasím

9) Vím, jaká je náplň práce adaptační pracovníce, jaké má pracovní povinnosti.

☐ Souhlasím

☐ Spíše nesouhlasím

☐ Spíše souhlasím

☐ Nesouhlasím

10) Adaptační pracovníce během adaptace ušetří klíčové pracovníci čas, poskytne potřebné informace pro snadnější spolupráci s klientem a péči o něj.

☐ Souhlasím

☐ Spíše nesouhlasím

☐ Spíše souhlasím

☐ Nesouhlasím

11) Bez adaptační pracovníce byla tvorba individuálních plánů složitější, to znamená, že trvalo déle, než jsem klienta více poznala.

☐ Souhlasím

☐ Spíše nesouhlasím

☐ Spíše souhlasím

☐ Nesouhlasím

12) Od vedení Domova V Podzámčí jsem se dozvěděla všechny potřebné informace o sestavování individuálních plánů za pomoci adaptační pracovníce.

☐ Souhlasím

☐ Spíše souhlasím

☐ Spíše nesouhlasím

☐ Nesouhlasím

13) Spolupráce s adaptační pracovnící je přínosná pro mé podrobnější poznání klienta a sestavování jeho individuálního plánu.

☐ Souhlasím

☐ Spíše nesouhlasím

☐ Spíše souhlasím

☐ Nesouhlasím

14) V adaptačním procesu se mimo adaptační pracovnice zapojují do péče o klienta i ostatní pracovníci přímé péče Domova V Podzámčí.

☐ Souhlasím

☐ Spíše nesouhlasím

☐ Spíše souhlasím

☐ Nesouhlasím

15) V adaptačním procesu bych si představovala:

☐ Více spolupráce adaptační pracovnice s klíčovou pracovnící

☐ Směnný provoz adaptační pracovnice

☐ Samostatnou adaptační pracovníci (bez povinností pečovatelky)

☐ Více informací od vedení o povinnostech adaptační pracovnice

☐ Pozice adaptační pracovnice mi přijde smysluplná a potřebná

☐ Pozici adaptační pracovnice považuji za zbytečnou

☐ Jiné: (volná odpověď)